

予防接種費用償還払い申請書兼請求書

泉佐野市長 様

〒

申請者 住所

氏名

印

被接種者との続柄
()

電話

被接種者について、接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、申請に係る審査に必要があるときは、被接種者が本市在住であることについて確認することを承諾します。

なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
被接種者氏名			歳
被接種者住所	〒 ー 泉佐野市		
該当項目 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性		
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者		
	<input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者		
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者		
	<input type="checkbox"/> 妊婦の同居者		
予防接種の種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン		
接種日	年 月 日		
接種した医療機関	名称		
	所在地		

接種費用(請求額)	住民の有無※	支給決定額※

※こども家庭課記入欄

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			