

(別紙様式第1号)

美瑛町風しん予防接種費用助成償還払申請書

年 月 日

美瑛町長様

下記のとおり、予防接種を受けたので関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に関し必要に応じて住所、接種状況等を調査することを承諾します。

※ 太枠内のみ記入してください。

申請者	氏名	ふりがな ⑩	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	住所等	〒 ー 美瑛町 (電話番号 ー ー)		

申請者が未成年の場合は、保護者（配偶者含む）欄にも記入願います。

保護者等	氏名	住 所
	ふりがな ⑩	

接 種 日	接種料金	ワクチンの種類	接種医療機関名
年 月 日		風しん単独	
		麻しん・風しん混合	

償還払振込口座	銀行・信金	店・支店 (普通・当座)
口座番号	(フリガナ) 口座名義	

※申請者と異なる口座名義の場合は委任状が必要となります。

※添付書類として下記の書類を添付・持参してください。

- ①予防接種実施の証明になるもの
(医療機関の証明書等の写し、胎児の父は母子手帳も併せて)
- ②健康保険証・免許証等身分を証明できるもの
- ③実費支払額のわかる領収書
- ④振込口座のわかるものの写し

備 考 (※職員記入欄)	
接種費用	円 × 0.8 =
助成額	円
(10円未満切り捨て)	