

行政措置予防接種費償還払申請書兼請求書

神流町長 様

年 月 日

申請 (請求) 者	住 所			
	氏 名	印		
	連絡先	—	—	署名または押印
	接種対象者との続柄()			

行政措置接種に要した金額を、神流町行政措置予防接種実施要綱第7条の規定に基づき、交付を受けたいので関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

記

1 接種対象者

(太枠内記入)

フリガナ			
氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合 〒 — 神流町大字		

2 接種内容

行政措置予防接種の種類	接 種 年 月 日	予 防 接 種 費 用	助 成 金 額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
助 成 金 額 合 計			円

3 振込先口座

金 融 機 関 名		支 店 名 (店 名)	
銀行 組合		本店 支店	
金庫 農協		支所 出張所	
預金種別	普 通 ・ 当 座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

4 添付書類

<input type="checkbox"/> 医療機関又は施設が発行した領収書及び明細書	<input type="checkbox"/> 行政措置予防接種の予診票の原本又はその写し
--	--