

様式第3号（第7条関係）

柴田町中学3年生インフルエンザ予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者（保護者）

住所 _____

氏名 _____ (署名又は記名押印)

(被接種者との続柄 _____)

電話番号 _____

柴田町中学3年生インフルエンザ予防接種事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

記

予 防 接 種 を 受 け た 者 (被接種者)	(ふりがな) 氏名		ふりがな			
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
	住所					
接 種 状 況	医療機関	名称				
		住所				
	接種日		年 月 日			
	接種費用			円		
申請及び請求額			円			

振込先 ※申請者（保護者）名義に限る

金 融 機 関	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店	種別	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金						
					2 当座預金						
	(ふりがな)										
口座名義人											

同意書

この申請につき、償還払の要件確認のため、住民基本台帳の閲覧及び医療機関への予防接種状況の確認等について、貴職が必要な調査を行うことに同意します。

氏名 _____ (署名又は記名押印)

添付書類： 領収書（原本） 振込先確認書類（通帳又はキャッシュカードの写し）
 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し、予防接種済証等）