

様式第3号（第8条関係）

予防接種費償還払申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者 住所 砥部町  
氏名 印  
(電話 - - )

次のとおり予防接種を受けましたので、接種費用を償還していただきたく申請します。

被接種者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 月)
接種医療機関	住所	
	名称	
予防接種の種類		
接種日		年 月 日
接種費用		円

添付書類

- 1 接種医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種費用等の内訳が明記された領収書の写し
- 2 予防接種済証又は母子健康手帳（接種済みの表示のある箇所）の写し