

(表)

様式第3号（第8条関係）

予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請者（請求者） 住所 砥部町
氏名 印
被接種者との関係
(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。
この申請書は、町において償還払が決定した後は、請求書として取り扱います。

1 被接種者（予防接種を受けた人）

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒（ - ）※申請者と同一の場合は ☒ を入れる ☐ 砥部町		

2 接種内容

予防接種名	接種日	接種費用 (医療機関で支払った金額)	町記入欄
			申請額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
申請（請求）合計金額			円

備考
申請額は、接種日の属する年度に町が予防接種業務に関して別途委託契約する接種単価と次の額とを比較し、いずれか少ない額とします。
(1) A類疾病については、県外実施機関で実際に支払った額
(2) B類疾病については、県外実施機関で実際に支払った額から町が定める自己負担金を控除した額

(裏)

3 振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受 領 委 任 状
私は、上記口座名義人に予防接種費償還払金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名（署名又は記名押印）

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
- 2 予防接種済証又は母子健康手帳（接種済みの記載のある箇所）の写し