

綾川町長 宛

申請者 住所

氏名

(被接種者との関係)

電話番号

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払を受けたいので、綾川町予防接種費の償還払に関する要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

1 被接種者

(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
住 所			電話番号	

2 予防接種

予防接種の 種類	接種日	接種費用	町の契約 単価	自己負担額 ※2※3	請求金額

※1 太枠内には記入しないでください。

※2 請求金額は、接種費用と町の契約単価のいずれか低い金額（高齢者の肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナ・带状疱疹については、町の定める自己負担金額を控除した額）になります。

※3 ※2 における自己負担金額については、非課税世帯・生保世帯の方で減免を希望する場合、証明できる書類を提出してください。

3 振込先

銀行名		支店名							
(フリガナ)									
口座名義									
口座種別	普通 ・ 当座		口座番号						

4 関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) その他町長が必要と認める書類