

様式第1号

美浦村子どもインフルエンザ予防接種償還払い申請書兼請求書

平成 年 月 日

美浦村長 殿

申請者 住 所 美浦村

氏 名 ㊟

T E L

(被接種者との続柄)

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用の自己負担分について、償還払いを申請します。

	氏 名	生 年 月 日 (満 歳)	接 種 日	
			1回目	2回目
被 接 種 者		平成 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
償 還 額	2,000円 × 名 = 円		1,000円 × 名 = 円	
	合 計 円			
振 込 先	銀行 信金 信組	本店 支店	種別	1 普通
	農協 労金	出張所 支所		2 当座
	口座名義人氏名	口座番号		
	フリガナ			

添 付 書 類 領収証原本(レシート不可)

- ※ この助成は、予防接種費用を負担した保護者の方に対して助成するものです。申請者は保護者とし、口座名義人は申請者と同一の方としてください。
- ※ 生後6カ月から13歳未満の方については、2回分をまとめて申請してください。また、接種対象者が同じ世帯で複数いる場合は、まとめて御記入ください。