

(様式第4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

令和 年 月 日

美浦村長 殿

申請者 住 所 美浦村

氏 名 ①

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	接 種 日	
			1回目	2回目
被 接 種 者		平成 令和 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 令和 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 令和 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
		平成 令和 年 月 日 (満 歳)	年 月 日	年 月 日
償 還 額	2,000円 × 名 =		1,000円 × 名 =	
	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 ①領収書原本(レシート不可)

②予防接種済証または接種日の記載された母子健康手帳の写し

※ 振込先口座は、申請者の名義でお願いします。

※ 2回接種対象者及び接種対象者が同じ世帯で複数いる場合は、まとめて請求してください。