

様式第4号（第9条第2項関係）

美浦村子どもインフルエンザ予防接種費用償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

美浦村長 殿

申請者（請求者） 住 所 美浦村  
氏 名  
TEL  
(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償還払いを申請します。また、交付が決定した場合は、下記口座に振込を願います。

記

	氏 名	生 年 月 日	接 種 日		
			1 回 目	2 回 目	
被接種者		年 月 日 (満 歳 ※1)	年 月 日	年 月 日	
		年 月 日 (満 歳 ※1)	年 月 日	年 月 日	
		年 月 日 (満 歳 ※1)	年 月 日	年 月 日	
		年 月 日 (満 歳 ※1)	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 農協 労金	本店 支店 出張所 支店	種 別	1 普通 2 当座	
	口座名義人氏名		口 座 番 号		
	フリガナ				

- ※1 1回目の接種日時点の満年齢を記入してください。
- ※2 振込先口座は、申請者（請求者）名義の口座のみとなります。
- ※3 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。

添付書類

- (1) 医療機関が発行した領収書原本（レシート不可）
- (2) 予防接種済証又は母子健康手帳（予防接種記録欄）の写し
- (3) 振込先確認書類の写し（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義の分かるもの）