

様式第3号（第6条関係）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

日南市長 殿

申請者（保護者）

住所

氏 名

印

接種者対象者との続柄【           】

電話番号

日南市予防接種費用の償還払に関する要綱 第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、償還金は下記の口座に振り込んで下さい。

|                |   |                 |                   |
|----------------|---|-----------------|-------------------|
| 予防接種を受けた者      | 住 所 日南市   |                 |                   |
|                | 氏 名   |                 |                   |
|                | 生年月日  | 年 月 日           |                   |
| 予防接種の種類        | 接種年月日   | 接種費用<br>(自己負担分) | 償還払決定額<br>※日南市記入欄 |
|                | 年 月 日   | 円               | 円                 |
|                | 年 月 日   | 円               | 円                 |
|                | 年 月 日   | 円               | 円                 |
|                | 年 月 日   | 円               | 円                 |
|                | 年 月 日   | 円               | 円                 |
| 振 込 先          | 本・支店名   | 種別              | 口座番号              |
| 銀行<br>金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所   | 普通<br>当座        |                   |
| フリガナ           |   |                 |                   |
| 口座名義           |   |                 |                   |
| 添付書類           | <input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書<br><input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し<br><input type="checkbox"/> 予診票の原本<br><input type="checkbox"/> 通帳の写し(銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ) |                 |                   |