様式第３号（第８条関係）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年　　月　　日

西原町長　殿

※　太枠の中だけ記入してください。

被接種者氏名		生年月日	年　月　日
請求者氏名 （保護者）	㊞　被接種者との関係（　　）		
住　所			
電話番号			

予防接種名	実施日	実施医療機関	支払料金	町の契約単価	※請求金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合　計　金　額			円		円

※請求金額は、町の契約単価が上限となります。

振込先	銀行・農協	本店・支店	※請求金額 円
	フリガナ		口座番号
	口座名義人氏名		

※請求者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要になります。

必　要　書　類
□　医療機関発行の領収書 □　母子健康手帳等の写し □　接種記録後の予診票 □　請求者の口座名義の通帳写し（代理人の場合は委任状が必要）

申請書受付担当（　　）