様式第1号（第８条関係）

|  |
| --- |
| **予防接種費用償還払い申請書** |
| 接種者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 種　　　別 |  |
| 医療機関名 |  | 支払い額 | 　　　　　　　　　円 |
| 上記予防接種を受けましたので、これにかかる費用について助成していただきますよう申請します。　　　　　　　　　　　請求額　　　　　　　　　　　円　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（接種者との続柄　　　　　　）飯　南　町　長　　様 |

振込先金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 本・支店出張所 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義 |  |
|  |

※添付書類　**〇** 領収書

**〇** 接種済証など（当該の予防接種を受けたことがわかるもの）