**予防接種費用償還払い申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 島根県飯石郡飯南町 | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　申請者  　　　　　　　　　　　　　　住所　飯南町  　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　）  飯　南　町　長　　　　様 | | | | | |

＊接種時に使用した予診票（接種済証等）、領収書を添付してください。

振込依頼先金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
|  | | |