

第3号様式（第5条第1項第1号）

定期予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

木更津市長 様

申請者 住所

氏名 印

接種者との続柄

電話（平日昼間つながるところ）  
（ ） -

下記のとおり定期予防接種費の償還払いを申請します。

申請額（請求額）		円		
被接種者	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	木更津市		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

備考 申請額（請求額）欄には別紙「定期予防接種費償還払明細書（別記第4号様式）」の合計額を記入してください。