

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

年 月 日

木更津市長 渡辺 芳邦 様

申請者 住所

氏名 印

※本人の自筆署名の場合は押印不要

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		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。

添付書類

- 定期予防接種費償還払明細書(別記第4号様式)
- 接種した医療機関の領収書・明細書(各予防接種毎の単価がわかるもの)
- 使用された予防接種予診票(写しも可)
- 母子健康手帳(予防接種の記録が記載されているもの)の写し
- 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状(裏面)