

年 月 日

定期予防接種費用償還払申請書兼請求書

（宛先）茅野市長

申請（請求）者住所

氏名

（被接種者との関係）

予防接種費用の償還払いを受けたいので、茅野市定期予防接種費用償還払いに関する要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、第7条の規定に基づく交付決定があった場合には、交付決定された金額を請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

被接種者氏名				生年月日	
予防接種の種類	接種日	接種医療機関	予防接種に要した額	請求金額 ※市記入欄	
			合計金額		

振込先

金融機関		支店・支所	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書（接種した予防接種の種類分かるもの）
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3) 予診票の原本又は写し
- (4) 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

以下、市記入欄

上記のとおり、申請がありましたので、上記のとおり給付決定してよろしいでしょうか。

起案日	年 月 日			決裁日	年 月 日		
決裁	課長	係長	係	起案者			

（決定通知書等郵送日 年 月 日）