

※年 ※月 ※日

富士河口湖町長 殿

申請者

住 所 〒401-0301

富士河口湖町船津 1700

氏 名 河 口 太 郎

（被接種者との続柄 父 ）

押印を忘れずに

印

予防接種費用償還払申請書兼請求書

予防接種費用の償還払を受けたいので、富士河口湖町予防接種費の償還払に関する要綱の第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

請求金額		円			
被接種者	住 所	〒401-0301 富士河口湖町船津 1700			
	フリガナ氏 名	カワグチ タロウ 河 口 太 郎			
	生年月日	平成 ※年 ※月 ※日	性別	男 ・ ④	
	電話番号	0 5 5 5 （ 7 2 ） 1 1 1 1			
保護者氏名		河 口 太 郎			
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ 口座名義人	カワグチ タロウ 河 口 太 郎			
予防接種内訳	予防接種名	回 数	接種日		
	ヒブ	2	H28.4.2, H28.5.10		
	小児用肺炎球菌	2	H28.4.2, H28.5.10		
	四種混合	1	H28.5.10		
	受けた予防接種名・回数・接種日を記入してください				

関係書類

- 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
- 次のア、イのいずれか1点
 - 予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳、予防接種済証等）
 - 予診票の原本又はその写し
- （1）、（2）に掲げるもののほか、町長が必要と認めるもの