

定期予防接種県外接種費助成申請書兼請求書

富士見町長 様

申請者（保護者）

住所 富士見町

氏名 続柄

電話

下記の通り、接種費用を申請し請求します。

請求金額 円

（内訳）

被接種者氏名	(フリガナ)			
生年月日			年 齢	
予防接種名 使用したワクチン	接種日	接種機関	支払い金額	※相互乗り入れ業務委託金額
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
合計			円	

※合計金額は、既支払額と「定期の予防接種市町村間相互乗り入れ業務委託金額」の費用の何れか少ない金額になります。

※以下の書類を添えて、接種された日の翌日から6か月以内に申請してください。

- (1) 接種した医療機関等の領収書の原本
- (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

振込先 ※2回目請求以降で口座番号及び口座名義に変更がない場合は省略可

金融機関名 支店名

預金の種類 普通 当座 口座番号

氏名 (フリガナ)