

様式第3号（第6条関係）

香美町予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

香美町長 様

申請者 住 所 〒  
氏 名 (続柄)  
電話番号

香美町予防接種費用償還払に関する要綱第6条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|                     |            |                                     |                  |                  |
|---------------------|------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| 被<br>接<br>種<br>者    | フリガナ       |                                     | 性 別              | 生 年 月 日          |
|                     | 氏名         |                                     | 男・女              | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
|                     | 住 所<br>連絡先 | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ | 〒<br>香美町<br>電話番号 |                  |
| 受けた予防接種の種類          |            | 接 種 日                               |                  | 接 種 費 用          |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
|                     |            | 年 月 日                               |                  | 円                |
| 交付・不交付 決定年月日： 年 月 日 |            |                                     |                  |                  |

私が受領する予防接種費用について下記指定口座への振込みを依頼します。

| 金融機関名       |             | 本・支店名 |  | 金融機関コード |  |  |  | 支店コード      |  |  |
|-------------|-------------|-------|--|---------|--|--|--|------------|--|--|
| 銀行・信用金庫     |             | 本・支店  |  |         |  |  |  |            |  |  |
|             |             | 本・支所  |  |         |  |  |  |            |  |  |
| 信用組合・農協・漁協  |             | 出張所   |  |         |  |  |  |            |  |  |
| 口座種別        | 口座番号(右詰で記入) |       |  |         |  |  |  | 口座名義(カタカナ) |  |  |
| 1 普通 ・ 2 当座 |             |       |  |         |  |  |  |            |  |  |

申請者と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

|                                    |
|------------------------------------|
| ※ 委 任 状                            |
| 私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 |
| 年 月 日 申請者氏名                        |

※下記書類を添付してください。

- ☐接種医療機関が発行した領収書の原本（予防接種の種類、費用、接種日、医療機関名を記載）
- ☐接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、予診票等）
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）