別記第３号様式

予防接種費償還払申請書

年　　月　　日

中芸広域連合長　　様

申請者　住所

氏名

被接種者との続柄（　　）

電話

下記のとおり、予防接種費の償還払を申請します。

記

償還申請額	円	
内訳		
予防接種の種類		
接種年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
医療機関名		
接種に要した額	円	円

被接種者	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日	性別	男　・　女
	住　所	高知県安芸郡		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 信連	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人			

※振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。