

様式第 1 号（第 6 条関係）

任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

日置市長 様

申請者 住所 日置市
氏名 ⑩
被接種者との続柄（ ）
連絡先

次のとおり任意予防接種を受けたので、償還払いくださるよう、関係書類を添えて申請します。

被接種者	住 所	日置市					
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
接種費用 の内訳	予防接種名	回数	接種日	接種費用 (ア)	助成上限額 (イ)	(ア) と (イ) の いずれか低い額	
		回	年 月 日	円	円	円	
		回	年 月 日	円	円	円	
		回	年 月 日	円	円	円	
		回	年 月 日	円	円	円	
		回	年 月 日	円	円	円	
償還払合計額						円	

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				本 店 支 店 支 所 出張所				
	預金種別	1 普 通 2 当 座 3 その他	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									