様式第3号（第７条関係）

　年　　　月　　日

身延町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

予防接種費用償還払交付申請書

予防接種費用の償還払を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 |  | |
| 振込先 | 金融機関名 |  | |
| 店名 |  | |
| 口座種別 | １普通　２当座 | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |
| 予防接種内訳 | 予防接種名 | 回数 | 接種日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ※申請金額 | ※　　　　　　　　　円 | | |

注意　※は、記入しないでください。

（添付書類）　①予防接種の領収書

　　　　　②予診票の原本又は写し