

様式第 2 号(第 7 条関係)

関川村インフルエンザワクチン接種費償還払申請書（子ども）

令和 年 月 日

（あて先）関川村長

（申請者）住所 関川村大字
氏名
電話番号
被接種者との関係（ ）

予防接種費の償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	関川村大字				
	(フリガナ) 氏 名			生年月日	年 月 日	
				年齢	歳 か月	
				性別	男 ・ 女	
インフルエンザ ワクチン(任意)		接種日	接種医療機関		接種費用	申請額
1 回目		年 月 日			円	1, 5 0 0 円
2 回目		年 月 日			円	1, 5 0 0 円
決定通知書送付先		1 現住所 2 滞在先（下記に住所記入）				
滞在先住所		〒 ー				
振 込 先 (申請者本人名義)		金 融 機 関 名				
		銀行・信用金庫 農協・信用組合 ゆうちょ銀行			本店 支店	
		種別	口座番号			口座名義人
		普通 当座				(フリガナ) -----

※接種費用が 1 回 1,500 円を超えない場合は接種料金までを助成します。

- 添付書類 ☐ 接種した医療機関の領収書
 ☐ 接種済証または母子健康手帳（接種歴が分かるもの）