

予防接種費償還払申請書

（平川市高齢者等インフルエンザ予防接種費助成事業分）

令和 年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

氏 名 ⑩

電話番号 ー

令和 年 月 日に受けたインフルエンザ予防接種  
について、費用の償還を受けたいので下記のとおり申請いたします。

記

1. 接種場所 \_\_\_\_\_

2. 医療機関に支払った接種費用 \_\_\_\_\_ 円

3. 振込先 銀行 \_\_\_\_\_ 支店  
金庫 \_\_\_\_\_ 支所  
農協 \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_ 口座種別 \_\_\_\_\_

フリガナ

口座名義人 \_\_\_\_\_

備考