

平川市幼児・小中学生、妊婦、高齢者等インフルエンザ予防接種費助成事業

予防接種費償還払申請書

令和 年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名はんこ不要）

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. 被接種者氏名 _____

2. 接種場所 _____

3. 医療機関に支払った接種費用 _____ 円

4. 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