

予 防 接 種 費 償 還 払 申 請 書

平川市季節性インフルエンザ予防接種費助成事業

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

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	
	金庫	支店
	農協	支所

口座番号 _____ 口座種別 _____

フリガナ

口座名義人 _____

備考