

# 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 \_\_\_\_\_ 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