様式第3号（第6条関係）

予防接種費用償還払い請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求日　　令和　　　年　　月　　日

浜田市長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　請求者

住所 浜田市　　　町

氏名

（被接種者との続柄）

 電話番号

※ 請求者本人が署名しない場合は、記名押印してください。

被接種者

住所 浜田市　　　町

氏名

生年月日 　年　 　月　　日

下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 回数 | 0歳以上3歳未満 | 3歳以上6歳未満 | 6歳以上 |
| 本人支払額 | 償還払い対象額（市記載） | 本人支払額 | 償還払い対象額（市記載） | 本人支払額 | 償還払い対象額（市記載） |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 本人支払い額合計 | 円 | 請求額（市記載） | 円 |

＊添付書類：接種した医療機関等の領収書の写し、予防接種の記録が記載されているもの

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名（支店名） |  | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
|  | フリガナ |
|  |