

東 通 村 長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)
対象者との続柄 ()
電話番号 _____

東通村成人用肺炎球菌予防接種費用償還払申請書

予防接種費用の償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日
対象者氏名		☐ 大正、 ☐ 昭和 年 月 日
接種年月日	令和 年 月 日	
接種医療機関		
申 請 額	円	
住 所 ・ 電 話 番 号	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる 【住 所】東通村大字 【電話番号】 ()	

【振込先】

金融機関名	銀行・信漁連 本店 農協・信用組合 支店 信用・労働金庫 営業部		
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】☐ 医療機関等が発行した領収書（原本）
☐ 予防接種したことがわかる書類（接種済証又は予診票の写しなど）
☐ 通帳の写し（振込先が記載されている部分）
※申請者は申請書提出前に添付書類が揃っているか必ず☒を入れてください。