様式第３号（第７条関係）

　　年　　月　　日

茨城町長宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄　　　　　　）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

　予防接種費用の償還払を受けたいので，茨城町予防接種費用の償還払に関する要綱の第７条の規定により，関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 被接種者 | 住　　所 | 〒 |
| フリガナ氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 電話番号 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　本店　　　　　　　　　信金　　　　　　　　支店　　　　　　　　　信組　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
| 予防接種内訳 | 予防接種名 | 回　数 | 接種日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

関係書類

（１）　接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

（２）　次のア，イのいずれか1点

ア　予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳，予防接種済証等）

イ　予診票の原本又はその写し

（３）　（１），（２）に掲げるもののほか，町長が必要と認めるもの