

年 月 日

門川町長 安田 修 様

保護者住所  
 氏名 ⑩  
 対象者との続柄（ ）  
 連絡先

予防接種費償還払い交付申請書兼請求書

予防接種費の償還払いについて、門川町定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請金額

対 象 者	住所門川町		
	氏名	生年月日 (H 年 月 日)	
予 防 接 種 の 種 類			
接 種 年 月 日			
医 療 機 関	所在地 名 称		
振 込 先	金融機関	銀行	本店
		農協	支店
	金庫	出張所	
	普 通 当 座	口 座 番 号	
	(ふりがな) 名 義 人	( )	

関係書類

- 予診票の原本又は写し
- 予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日のわかるもの）
- その他必要な書類

※ 償還額は、接種費用または門川町が宮崎県医師会と接種日の属する年度に委託契約している額のうちどちらか少ない額となります。