

別紙様式1

予 防 接 種 等 交 付 金 請 求 書

(予 防 接 種 1 回 毎 に 1 枚 ご 記 入 く だ さ い)

被 接 種 者 氏 名 (受 け た 人 の 氏 名)		生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生 (満 歳 カ 月)
学 校 名 (小 学 生 の み)	学 校	学 年 (小 学 生 の み)	年
予 防 接 種 名		接 種 年 月 日	平 成 年 月 日
接 種 医 療 機 関 名		医 療 機 関 に 支 払 っ た 額	円
交 付 請 求 額	記 入 し な い で く だ さ い 円	口 座 振 込	銀 行 ・ 信 金 ・ 農 協 ・ 信 組 支 店 普 通 ・ 当 座 口 座 番 号 <input type="text"/> フリガナ 名 義 人 (請 求 者 と 同 一)
<p>上 記 の と お り 請 求 い た し ま す 。 な お 、 受 領 す る 交 付 金 は 上 記 口 座 へ 振 込 に よ り お 支 払 い く だ さ い 。</p> <p>平 成 年 月 日</p> <p>鏡 石 町 長 様</p> <p>住 所 鏡 石 町 番 地</p> <p>請 求 者 電 話</p> <p>氏 名 印</p> <p>(被 接 種 者 と の 続 柄)</p>			

<p>予 防 接 種 料 金 受 領 証 明 欄</p> <p>下 記 の と お り 証 明 し ま す 。</p> <p>平 成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医 療 機 関 名 称</p> <p>代 表 者 名 印</p>			
予 防 接 種 名		予 防 接 種 料 金 受 領 金 額	円

町が指定した医療機関以外で予防接種を受けた場合は、町で定める額（別紙金額）を限度として払い戻しを受けることができます。ただし、インフルエンザ予防接種については、その料金が4,000円より少ない場合は、接種料金から1,000円（個人負担金）を引いた額とします。