

予防接種費償還払申請書

年 月 日

敦賀市長 様

申請者 住所 〒 \_\_\_\_\_  
 敦賀市 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 (被接種者との関係 \_\_\_\_\_ )  
 電話 \_\_\_\_\_

自己負担により支払った予防接種費について、敦賀市予防接種費用の償還払いに関する要綱第6条第1項の規定に基づき、関係書類を添付して申請します。

償還払い申請額		円							
予防接種及び接種回数									
被接種者	氏名								
	生年月日								
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫					店		
	預金種別	普通・当座		(フリガナ) 口座名義人					
	口座	店番号		口座番号					
	(左詰め記入)								
交付決定額(市記入欄)		円							

**太枠のみ記入**

※添付書類

- (1) 接種した医療機関等の領収書の原本（定期予防接種並びに任意予防接種と分かるもの）
- (2) 予防接種の記録がされているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3) 予診票の原本