

予防接種費用償還払申請書

(申請者記入欄)

(フリガナ) 接種者氏名		生年月日	年 月 日
接種者住所	八雲町 電話番号		
保護者氏名	(続柄)		
申請額	円		
接種した理由			
八雲町長様 関係書類を添えて、予防接種費の償還払を申請します。 年 月 日 申請者 住所 八雲町 電話番号 氏 名			

(注)この申請書に領収書等を添付してください。

支払方法

☐口座振込

金融機関名		種 目	口 座 番 号
銀行	本 店	☐ 普通預金	
金庫	支 店	☐ 当座預金	
農協	出張所	☐ その他	
(フリガナ) 口座名義人			

☐窓口払い

☐ 役場 ☐ 落部支所 ☐ 熊石総合支所

(八雲町記入欄)

上記の件について、下記により決定してよろしいか。

起 案 年 月 日		年 月 日				☐ 支 給	☐ 不 支 給
課 長	課長補佐	主 幹	係 長	合 議	提 案	費 用 額	支給決定額
						円	円
ワクチン名		金 額				接 種 月 日	接 種 機 関
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
		円					
合 計		円					
不支給の理由:							
確 認	☐ 領収証 ☐ 予防接種済書 ☐ 母子手帳					確認者氏名	