

## B 類予防接種費償還払申請書

年 月 日

白老町長 様

申請者 住所 白老町

氏名 ( 印 )

電話 ( )

続柄 ( )

自己負担により支払った下記予防接種の接種費用を償還していただきたく、領収書の原本その他関係書類を添えて下記の通り請求します。

なお、助成要件確認のため、住民基本台帳について閲覧することに同意します。

償還申請額 円

捨印

氏名	性別	生年月日	年齢
フリガナ		年 月 日	
住所	白老町		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> その他【 】		
振込先口座	銀行	銀行名	銀行・信用金庫・農協
	信金	支店	支店 預金種類 普通・当座
		農協	口座番号

町記入欄 (記入しないでください。)

白老町国保・後期高齢者医療・生活保護・その他	償還決定額 円
------------------------	---------