

B類予防接種費償還払申請書

記入例

申請者と口座名義人は、接種者本人としてください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

白老町長 様

申請者

住所 白老町東町4丁目6番7号

氏名 白老 太郎 印 ←

(電話 0144-82-5541)

シャチハタ不可

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 シラオイ タロウ	男	S10年5月5日	83
白老 太郎			
住所	白老町 東町4丁目6番7号		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高年齢者肺炎球菌予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> 高年齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> その他【 】		

該当欄に○を付したものを

振込先口座	銀行 信金 農協	銀行名	白老 銀行 ・信用金庫・農協		
		支店	白老 支店	預金種類	普通 ・当座
		口座番号	1234567	フリガナ	シラオイ タロウ
				口座名義	白老 太郎

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

通帳のとおりに記載してください