

B類予防接種費償還払申請書

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

申請者と口座名義人は
接種者本人としてください氏名 白老 健康太郎 (印)
(電話 0144 - 82 - 5541)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、
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。

シャチハタ不可

償還申請額 円

氏名	性別	生年月日	年齢
フリガナ シライ ケンコウタロウ	男	明治 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇 歳
白老 健康太郎		昭和 西暦	
住所	白老町 東町4丁目6番7号		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他【 】		
振込先口座	銀行名	白老 銀行・(信用金庫)・農協	
	支店	いきいき 支店	預金種類 (普通)・当座
	口座番号	フリガナ	シライ ケンコウタロウ
		口座名義	白老 健康太郎

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
記載してください