

B 類予防接種費償還払申請書

白老町長 様

申請者情報

※太枠の中に御記入ください。

申 請 日	年	月	日
住 所	〒		
	白老町		
氏 名	(続柄)		
電話番号			

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 (※町記入)

※太枠の中に御記入ください。

ワクチン接種を受けた方		性別	生 年 月 日		年 齢
フリガナ			年 月 日		歳
住 所	白老町				
予防接種 の種類	☐ 高齢者肺炎球菌予防接種	円			
	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種	円			
	☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症	円			
	☐ 高齢者帯状疱疹ワクチン予防接種	円			
	☐ その他	円			
振 込 先 口 座	銀行 ・ 信金 ・ 農協	銀行名	□銀行 □信用金庫 □農協		
		支店	支店	預金種類	□普通 □当座
		口座番号	フリガナ		
			口座名義		

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