

定期接種用

(様式3)

インフルエンザ予防接種費用償還払込請求書

インフルエンザ予防接種費用を下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

三島町長様

被 接 種 者	接種時 住所	三島町		
	氏名			
	生年月日			
	予防接種名			
請 求 者	フリガナ			
	氏名	Ⓜ		
	住所	電話番号 ()	被接種者 との続柄	

請求金額	接種金額	—	自己負担額	=	合計			
	円	—	円	=	円			
銀行等の名称				本支店名				
口座種別・番号	種別				口座番号			
	1.普通 2.当座 3.その他()							
口座名義人(カタカナ) (請求者に同じ)								

※ 添付書類

- 1 予防接種料金の領収書
- 2 請求者の通帳の写し(役場で把握している場合は省略可)