

予防接種費用償還払込請求書

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		印

請 求 金 額									万	千	百	十	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)