

様式第3号 (第4条関係)

年 月 日

大村市長 様

住所  
申請者氏名  
被接種者との関係 ( )

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払を受けたいので、大村市予防接種費の償還払に関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

被接種者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生				
予防接種名 接種日	年 月 日				
請求金額	円				
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座 その他			

関係書類

- (1) 接種した医療機関等の領収書の原本（接種した予防接種の種類がわかるもの）
- (2) 母子健康手帳、予防接種済証その他の予防接種の記録が記載されている書類
- (3) 予診票の原本又は写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

受付印