

年 月 日

川島町長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との関係
電話番号

川島町法定外予防接種費用支給申請書兼請求書

川島町法定外予防接種実施要綱第8条第2項の規定により下記のとおり申請します。

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が法定外予防接種を受けた医療機関等に問い合わせすることに同意します。

記

対 象 者	住 所	〒			
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
法定外予防接種の種類	接種医療機関名	接種年月日	接種費用	基準額	備考
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	円	円	
請 求 額	金 円				

※上記の金額を下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名		預金種別	口 座 番 号
銀 行 信用金庫 農 協 信用組合	本 店 支 店 支 所 出張所	普通 当座	
フリガナ			
口座名義			

注意事項：申請の際には、次に掲げる書類を添付してください。

- ① 予診票、負担した費用の額を確認することができる書類
(受診した医療機関の名称及び予防接種日が明記された予診票、領収書)
- ② 母子健康手帳を持参してください。