

第3号様式（第6条関係）

山武市定期予防接種費償還払請求書

年 月 日

（宛先）山武市長

申請者 住 所 山武市

氏 名 ⑩

電話番号 — —

山武市定期予防接種費給付事業実施要綱に基づき、次のとおり償還払いを請求します。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	山武市		
定期予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合（DPT-IPV） ・ジフテリア破傷風混合（DT） ・不活化ポリオ（IPV） ・麻しん風しん混合（MR） ・麻しん ・風しん ・日本脳炎 ・結核（BCG） ・Hib ・小児用肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ヒトパピローマウイルス ・水痘 		
接 種 料 金	円		
請 求 額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 支店	
	種 別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

※ 添付書類 ① 予防接種に係る費用の領収書

② 母子健康手帳の写し