

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				
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