

様式第2号（第5条関係）

予防接種費償還払い交付申請書

年 月 日

由布市長 相馬 尊重 様

申請者住所

氏名

対象者との続柄（ ）

電話 ー

予防接種費の償還払いについて、由布市予防接種費償還払いに関する要綱第5条の規定により請求します。

請求金額 _____ 円

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|
| 対象者 | 住所： 氏名： 生年月日： | | |
| 予防接種の種類 接種年月日 接種費用 | 予防接種の種類 | 接種年月日 | 接種費用 |
| | | | |
| 接種医療機関 | 所在地 名称 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 その他 店 所 | |
| | 預金種別 | 普通座 | (ふりがな) 口座名義人 () |
| | 口座番号 | | |

添付 予防接種予診票の原本及び写し

予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日がわかるもの）