

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 様

申請者住所

氏名

印

対象者との続柄（ ）

電話

—

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 当 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）