

定期予防接種費償還払申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住所 いちき串木野市  
氏名  
(被接種者との続柄)  
電話

いちき串木野市定期予防接種の接種費用助成要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり定期予防接種費の償還払を申請します。

1 償還申請額 \_\_\_\_\_ 円

2 被接種者名及び接種内容

被接種者住所	
被接種者名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
予防接種名	
接種年月日	
医療機関名	

3 添付書類

- (1) 接種した医療機関等の領収書 (定期予防接種と分かるもの)
- (2) 定期予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証)
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(注) 予防接種名については、期別まで記載すること。