

白石町子どもインフルエンザ予防接種費用償還払申請書

申請者（保護者）

住 所 白石町大字 番地  
氏 名  
電話番号

下記の者が、インフルエンザワクチンを接種し費用を負担したので、白石町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第10条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて予防接種費用の償還を申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

住 所	白石町大字	番地
接種者氏名 (生年月日)	( )	( )
接種医療機関及び 住所（添付の領収 書等で分かる場合 は記載不要）		
接種年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
還 付 金	円	円

※添付書類

- ・ 予防接種費用支払領収書及び接種済証、又は接種履歴がわかる母子健康手帳の写し

白石町子どもインフルエンザ予防接種費用償還払口座振替依頼書  
償還金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関名		店番号	口座番号（普通口座）
銀行	本店		
信用金庫	支店	(フリガナ)	
組合	出張所	口座名義	
農協	支所	口座は、申請者名義のものに限ります。	