

第 2 号様式（第 6 条関係）

インフルエンザワクチン接種料金償還払申請書

令和 年 月 日

風 間 浦 村 長 殿

申請者 住所 風間浦村大字 字

氏名 ㊞

電話

下記のとおりインフルエンザワクチン接種料金の償還払を受けたいので、風間浦村インフルエンザワクチン接種助成事業実施規則第 6 条第 2 項の規定により申請します。

記

内 訳

区 分	氏 名	申 請 額	
		1 回 目（医療機関名）	2 回 目（医療機関名）
接 種 を 受 け た 者		円 ()	円 ()
		円 ()	円 ()
		円 ()	円 ()
口 座 振 込	銀 行 名	銀行・信用金庫 本・支店	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

この申請書には次の書類を添付してください。

- 医療機関が発行した接種済証及び領収書