

葛尾村定期予防接種費用償還払込請求書

年 月 日

葛尾村長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

予防接種費用について、下記のとおり請求します。

記

被接種者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
被接種者住所	葛尾村 (電話番号)		
現 住 所			
予 防 接 種 名		接種月日	年 月 日
助成金請求額 (医療機関に 支払った金額)	_____ 円		
振込口座	_____ 銀行・信用金庫・農協 _____ 支店 (普通・当座) 口座番号 _____ フリガナ 名 義 人 _____		

(注1) 医療機関発行の領収書及び予診票の添付が必要です。

(注2) 予防接種1種類につき1枚の申請書になります。

(注3) 振込口座は、本人又は保護者の口座になります。

○ 助成額は、葛尾村の契約単価が上限となります。

(一部助成については、村の定めた額となります。)

【担当者記入欄】(この欄は記入しないでください。)

①60歳～65歳未満の心臓・腎臓。呼吸器等の 1級相当の障がい者	☐ 該当 ☐ 非該当
②高齢者 (65歳以上)	☐ 該当 ☐ 非該当
助成対象額	_____ 円

確認日 年 月 日 確認者 ()