

例

様式第3号(第8条関係)

※赤字のところを記入してください。
※一人につき一枚に記入してください

葛尾村定期予防接種費用償還払込請求書

申請日 年 月 日

葛尾村長

住 所 葛尾村大字落合字落合16

申請者

氏 名 葛 尾 太 郎

葛

↑ 押印

予防接種費用について、下記のとおり請求します。

記

同名で記入してください

被接種者氏名	葛 尾 太 郎	男・女	生年月日	昭和10年1月1日(〇〇歳)
被接種者住所	葛尾村大字〇〇字〇〇12-3 (電話番号 連絡の取れる番号)			
現 住 所	現在住んでいるところの住所			
予 防 接 種 名	高齢者インフルエンザワクチン	接種月日	令和〇年 〇月 〇日	
助成金請求額 (医療機関に 支払った金額)	5, 1 0 0 円			
振込口座	〇〇 銀行・信用金庫・農協 △△ 支店 (普通・当座) 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ カツラオ タロウ 名 義 人 葛 尾 太 郎			

(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。)

フリガナは正確に記入してください

【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 ()