様式第２号

川西町妊婦インフルエンザ予防接種費用償還金交付申請書

令和　 年　 月　　日

川　西　町　長　　様

申請者　現住所　　川西町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記のとおり、妊婦インフルエンザ予防接種料として、必要書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | 接種日 | 接種料金 | 請求額 |
|  | 令和　　年　　月　　日 | 円 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼 | | | | | | | | | |
| 振替先 | フリガナ |  | | | フリガナ | | |  | |
| 金融機関名 |  | | | 本店・支店名 | | | 店 | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  |  |

添付書類

１　未使用の助成券

２　予防接種に係る医療機関等の領収書の原本（接種日、被接種者名、接種金額、予防接種の種類が明記されたもの）

　３　２の書類を紛失等した場合は、それに代わる書類