

予防接種費償還払申請書

伊丹市長 様

予防接種費の償還払を受けたいので、伊丹市予防接種費の償還払に関する要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、この申請にあたり市が保有する情報について閲覧し調査すること、および医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請日 平成 年 月 日 ※太枠内をご記入ください。

申請者	住所	〒	電話番号	()
	フリガナ		被接種者	
	氏名		との続柄	
		⑩	← 注) 2枚目にも押印をお願いします。	
□被接種者	住所	〒664ー 伊丹市	電話番号	()
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			

↑ 審査後決定通知書は申請者に送付します。被接種者への送付を希望の場合、□に☑してください。

予防接種費の償還払について、下記の金額を申請いたします。

(申請内容については、別紙のとおり)

申請金額	円
------	---

交付決定を受けた後、被接種者名義の下記の金融機関口座へ振り込みを依頼します。

(被接種者が未成年の場合は保護者の名義に振り込みを依頼します。)

振込口座	金融機関名			銀行・農協・信金・信組	
	支店名			支店・支所	
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ		
			口座名義人		

【職員記載欄】

領収書原本	実施報告書	予診票原本(写)	接種時に住民	対象年齢で接種	申請金額

(様式第7号)

予防接種費償還払請求書

伊丹市長 様

請求日 年 月 日

請求者	住所	〒	電話番号	()
	フリガナ		被接種者 との続柄	
	氏名			
被接種者	住所	〒 6 6 4 - 伊丹市	電話番号	()
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			

交付決定を受けましたので、予防接種費償還払を請求します。
下記の金融機関口座へ振込みを依頼します。

請求金額	円
------	---

振込 口座	金融機関名				銀行・農協・信金・信組	
	支店名		支店・支所			
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ			
			口座名義人			