

予防接種料金支給申請書

年 月 日

大崎上島町長 様

申請者 氏名

電話番号

住 所

被接種者本人 他()

下記のとおり申請します。

接種 を 受 け た 者	住所	豊田郡大崎上島町		
	氏名			
	生年月日			
支給申請する 予防接種名				
申請金額		※予防接種に要した費用と、大崎上島町の定めた支給上限金額のいずれか少ないほうの金額を支給するものとする。		
医療 機 関	医療機関名			
	所在地			
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協・漁協 信用組合		支店 支所
	口座番号	普通 当座 その他		
	口座名義人			

添付書類	チェック欄
1. 医療機関の領収書の写し	
2. 保険証のコピー(本人が確認できるもの、代理申請のときは代理人のものも必要)	
3. 接種結果(母子手帳予防接種記録ページまたは、予防接種済証のコピー)	
4. 支払口座振替依頼書(大崎上島町に口座を登録していない場合、通帳のコピーと提出)	
5. 委任状(支払口座振替依頼書の代表者名と口座名義人が異なる場合に提出)	

※4・5は()が当てはまる場合のみ提出