

塩竈市予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

塩竈市長 殿

塩竈市高齢者インフルエンザ予防接種費用の償還払いを下記のとおり申請します。

1. 申請内容

申請者 (予防接種又は予診のみを受けた方)	住 所	塩竈市		
	フリガナ			
	氏 名	印		
	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( 歳) 昭和		
	接種 (受診) 年月日等	接種 (受診) 年月日 令和 年 月 日	予防接種(又は予診)に要した費用 円	助成額(※) 円
予防接種 (予診) 医療機関名				

(※)は記入しないでください。

2. 振込先口座

金融機関名・支店名			
口座の種類・口座番号	普通	・	当座
フリガナ			
口座名義人			

3. 添付書類

- ①領収書 (接種料金又は予診料金が特定できるもの)
- ②振込指定金融機関の通帳の写し
- ③<該当者のみ>生活保護受給者証