

予防接種費償還払申請書

広川町長 様

令和 年 月 日

申請者

住所 八女郡広川町大字

氏名 ㊞

(被接種者との続柄)

電話

下記のとおり予防接種費の償還払いを受けたいので、広川町予防接種費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

償還申請額 _____ 円

被接種者氏名			
生年月日	令和 年 月 日生		
被接種者住所	八女郡広川町大字		
振込先	金融機関名	銀行	本店
		金庫	支店
		農協	出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

※振込先は、申請者の口座になります。

関係書類

- ① 接種した医療機関が発行した領収書
- ② 予診票またはその写し
- ③ 予防接種の記録が記載された母子健康手帳または予防接種済証
- ④ その他町長が必要と認める書類

注) ※欄は記載しないでください。助成額は、接種費用と広川町が八女筑後医師会と委託契約している額のいずれか低い方の額となります。

RS ウイルス 感染症	接種年月日	年 月 日			
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額	円	
ヒブ	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		
小児用肺炎球菌	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		
五種混合	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		
二種混合	接種年月日	年 月 日			
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額	円	
B型肝炎	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		
日本脳炎	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		
麻しん風しん混合 (MR)	接種年月日	回目	年	月	日
		回目	年	月	日
	医療機関名				
接種費用	円	※委託契約額	円		

麻しん	接種年月日	回目 回目	年 年	月 月	日 日
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円
風しん	接種年月日	回目 回目	年 年	月 月	日 日
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円
BCG	接種年月日	年 月 日			
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円
水痘	接種年月日	回目 回目	年 年	月 月	日 日
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円
ロタウイルス (ロタリックス) (ロタテック)	接種年月日	回目 回目 回目	年 年 年	月 月 月	日 日 日
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円
子宮頸がん	接種年月日	回目 回目 回目	年 年 年	月 月 月	日 日 日
	医療機関名				
	接種費用	円	※委託契約額		円