

厚岸町定期予防接種費用請求書

令和 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所 厚岸町
氏 名
(続柄)
電話番号 () -

次のとおり定期予防接種を受け、その予防接種に要した費用を支払ったので、関係書類を添えて支払った費用の全額を請求します。

記

1 被接種者氏名

生 年 月 日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)

2 請 求 額 金 円

3 受けた定期予防接種

定期予防接種名	接種日	支払い額
	H・R 年 月 日	円
	H・R 年 月 日	円
	H・R 年 月 日	円
	H・R 年 月 日	円
	H・R 年 月 日	円
	H・R 年 月 日	円
合 計		円

4 振込先

(ふりがな) 口座名義人名			
金融機関名	銀行・金庫		店
預金種別	普通・当座	口座番号	

5 関係書類

- (1) 当該予防接種の領収書（原本）
- (2) 当該予防接種の記録の写し（母子健康手帳又は予防接種済証）