別記様式第４号（第７条関係）

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（０９　０）１１１１－１１１

　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）