

様式第2号（第5条関係）

予防接種費用償還払い申請書兼請求書

年 月 日

美咲町長 様

(申請者)

住 所 美咲町.....

氏 名.....

(被接種者との続柄)

TEL — —

下記のとおり、美咲町定期予防接種費用の償還払いに関する実施要綱第5条の規定により予防接種料金の給付を申請し、請求します。

記

被接種者氏名			
被接種者住所	美咲町		
予防接種の種類	予防接種の種類	接種年月日	
	ヒトパピローマウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)	年 月 日	
実施医療機関	医療機関所在地		
	医療機関名		
申請金額	円		
金融機関名	銀行	本店(所)	
	協同組合		
	金庫	支店(所)	
口座番号	普通・当座		
(フリガナ)			
口座名義人			

