

白石市予防接種償還払交付申請書兼請求書

（宛先） 白石市長

申請者 住 所 〒
白石市

氏 名 印

対象者との関係
電話番号

予防接種費用の償還払を申請したいので、白石市予防接種費用償還払に関する要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、必要な予防接種の内容を白石市が医療機関に確認することに同意します。

フリガナ					生 年 月 日
1. 対象者氏名					年 月 日生
2. 対象者住所	〒 白石市				
3. 実施医療機関名 及び所在地					
4. 交付申請額	円 ※内訳は裏面に記入してください				
5. 振込口座	金融機関名			銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				

関係書類 1.領収書（原本） 2.予診票（原本） 3.母子健康手帳の写し又は接種済証
4.振込先の通帳の写し

予防接種内容

予防接種名	内 容	金 額
請求合計額	円	