

# 定期予防接種自己負担費用還付請求書

令和 年 月 日

香芝市長 様

申請者) 住 所 :  
電 話 :  
氏 名 : (続柄 )

太枠の中をご記入ください

被接種者	ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
	住 所	香芝市	TEL	
還 付 理 由				
予防接種名及び回数	接種日	接種医療機関の住所及び名称	* 還付金額	

\* 還付は奈良県委託契約金額から自己負担金額を引いた額が上限となります

計 金 円

<振込先>

支 払 機 関 名		預 金 種 別	口 座 番 号					
銀行 農協 信金	支店	普通・当座・その他( )						
	店 番	フリガナ						
			口座名義人					

- <職員記入欄>  接種した際の領収書 (接種ワクチンが明記されていること)
- \* 添付書類 (確認後 )  接種済み記録 (成人は接種済証の写し、子ども・妊婦は母子健康手帳の「出生届出済証明 (児の氏名の確認)」と「接種済記録」のページの写し)
- 高齢者の場合、該当すれば自己負担免除申請書類を添付
- 健康かるての接種歴をコピー
- 受付確認者 ( ) 担当者 ( ) 所属長印 ( )