

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

土佐清水市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話
被接種者との関係

土佐清水市予防接種費用償還払申請書兼請求書

高知県外における土佐清水市予防接種実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請いたします。

記

申請（請求）金額 金 円

（内訳）

予防接種の種類	自己負担金額	限度額	申請（請求）額
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
申請（請求）額合計			円

交付決定後は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

1	ふりがな							
	口座の名義							
2	金融機関名	農協			支所			
		銀行			支店			
3	口座の種類及び番号	普通	・	当座				

※ 申請者名義の口座に限ります。

添付書類

- (1) 予防接種料金を支払ったことを証する書類（原本）
- (2) 予診票の原本又は写し