

第3号様式（第6条関係）

年 月 日

指宿市長 様

保護者住所  
 氏名 (印)  
 対象者との続柄 ( )  
 連絡先

予防接種費償還払い交付申請書

予防接種費の償還払いについて、指宿市予防接種費の償還払いに関する要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

対 象 者	住所 氏名 生年月日		
予 防 接 種 の 種 類			
接 種 年 月 日			
接 種 費 用			
医 療 機 関	所在地 名 称		
振 込 先	金 融 機 関	銀行	本店
		農協	支店
		金庫	出張所
	普 通 当 座	口	座 番 号
	(ふりがな) 名 義 人	( )	

関係書類

- 予診票の原本又は写し
- 予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日のわかるもの）
- その他必要な書類

※償還額は、接種費用または指宿市が委託医療機関と接種日の属する年度に委託契約している額のうちどちらか少ない額となります。