丸森町予防接種費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

丸森町長 殿

住 所 申請者 氏 名 被接種者との関係 本人・保護者・()

丸森町が実施する予防接種に係る接種費用の償還払いについて、下記のとおり申請します。 なお、本申請の内容について、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

訂

記												
	フリガナ					生年月日						
被	氏名					男・女	(年 歳	月 日生 ヶ月)			
接種者	住所		□申請者と同じ 〒									
		電話()			接種に要した費				
予防接種の種類			回数	接種日	用()は限度額	予防接種の種類	回数	接種日	用()は限度額			
		ッロ クタ ス	1回目				1回目					
ロタウイルス		J.	2回目			Hib(ヒブ) 感染症	2回目					
		ロタ	1回目				3回目					
		タテック	2回目				追加					
		ク	3回目				1回目					
·			1回目			小児肺炎球菌感	2回目					
五 種 混 合 (DPT-IPV-Hib)		2回目			染症	3回目						
		3回目				追加						
			追加			麻しん・風しん	第1期					
四 種 混 合 (DPT-IPV)		1回目			(MR)	第2期						
		2回目				1回目						
		3回目			口士吹水	2回目						
			追加			日本脳炎	追加					
一任油人(ppm)			1回目				2期					
			2回目			-l. v=	1回目					
三種混合(DPT)		3回目			水痘	2回目						
			追加				1回目					
二種混合			第2期			B型肝炎	2回目					
イノ	トパピーマウ	スサー	1回目				3回目					
		ス・ガーダシルサーバリック	2回目			BCG	1回目					
		ンクルク	3回目			高齢者インフルエンザ	1回					
	ルス感	シュ	1回目			高齢者肺炎球菌	1回					
染症	É	ルガー				高齢者新型コロナ	1回					
		ド				帯状疱疹	口					

、 一 一 一 一 一 一 一	□出産に伴う里帰り □指定医療機関外にかかりつけ医がいるため													
還払い理由	口その	他()
	医療機	幾関名												
接種医療機関等	所在地													
	電話番号													
振込先金融機関														
	銀行					支 店								
		金月				車 本店 ・								
			農				热			出張所				
預金種別		金融機関コー				ドロ座番号								
普通 • 当	 													
フリガナ		·			1									<u>-</u>
口座名義人														
【町記入欄】														
住基確認	認	領	領収書			振込先預金通帳			母子健康手帳・接種証明			証明]	
		□医療機	<u></u> 幾関名			□金融機関名			□母子健康手帳					

□支店名

□口座番号 □口座名義 □接種証明・予防接種済証

※接種日がわかるもの

□接種費用

予 診 票

□原本