

様式第3号（第6条関係）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

豊見城市長 殿

被接種者氏名			生年月日	年 月 日	
請求者氏名	印 被接種者との関係（ ）				
住 所					
電話番号					
予防接種 の 種 類	実施日	実施医療機関	支払料金	市の契約単価	請求金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合 計 金 額			円		円
振込先	金融機関名				請求金額
	支店名	本店・支店			円
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※太枠の中だけ記入してください。
 ※請求金額は、支払料金と市の契約単価とを比較し、いずれか低い額となります。
 ※請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。

必 要 書 類	
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の領収書又は支払証明書（原本）
<input type="checkbox"/>	親子（母子）健康手帳の写し
<input type="checkbox"/>	記録後の予診票又はその写し
<input type="checkbox"/>	請求者の口座名義の通帳写し
<input type="checkbox"/>	委任状（請求者と口座名義人が異なる場合）