平成　　年　　月　　日

潟上市長　様

住　所
申請者（払い戻し対象者本人）
氏名
電話番号

新型インフルエンザ予防接種に係る自己負担金払い戻し申請書

新型インフルエンザ予防接種に係る支払い済み自己負担金の払い戻しを申請します。
なお、払い戻しに当たっては、下記の口座へ振り込みください。

●該当する番号を○で囲むこと。

課非区分	１．非課税世帯・生活保護世帯　　２．その他
対象区分	１．１９歳～６４歳の健康成人 ２．その他（　　）

●口座振込先（振込先はできるだけ申請者本人の口座を記入すること。）

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 出張所
種　　別	１．普通 ２．当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏　　名		

添付書類
（１）領収書（内訳のわかるもの）