

鴻上市長 様

申請者氏名  
 (被接種者との続柄 )  
 住 所  
 電 話 番 号

被接種者氏名  
 生 年 月 日 年 月 日

予防接種に係る自己負担金払い戻し申請書

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。

●該当する予防接種を○で囲むこと。

- ・ヒブワクチン      ・小児肺炎球菌      ・B型肝炎      ・五（四）種混合      ・BCG
- ・水痘              ・麻しん風しん混合（1期・2期）      ・日本脳炎
- ・不活化ポリオ      ・三種混合              ・二種混合              ・子宮頸がん
- ・風しん              ・ロタ                      ・おたふくかぜ      ・RS ウイルス

●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		本店
	信用金庫		支店
種 別	1. 普通	口座番号	
	2. 当座		
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		

添付書類

- (1) 領収書原本（内訳のわかるもの）
- (2) 通帳の見開きページ（支店名記載のあるページ）のコピー
- (3) 予診票または母子健康手帳「予防接種の記録」のコピー