

日本脳炎予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

青森市長 宛

下記のとおり、日本脳炎予防接種費用の償還払について必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込みをお願いします。

なお、償還払の可否の決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、当該申請書は、市において償還払をすることを決定した後は請求書として取扱うことに同意します。

被接種者	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日							
	氏名 (男・女)									
接種時の住所	青森市									
現住所 電話番号	〒	電話番号 — —								
領収書等の有無	有 ・ 無									
予防接種接種日及び 接種料金	平成 年 月 日 (医療機関名)	料金	円*							
	平成 年 月 日 (医療機関名)	料金	円*							
	平成 年 月 日 (医療機関名)	料金	円*							
請求金額の合計	円*									
※領収書等により接種費用を証明できない場合は、青森市日本脳炎予防接種費用償還払事務取扱要領第5条の定める額とする。										
振込金融機関	金融機関名	本・支店名								
	預金種目	普通								
	口座番号 (右づめ)									口座名義人
申請者	住所									
	氏名			印						
	電話番号									
	被接種者との続柄	()								