

様式第 3 号（第 6 条関係）

高齢者定期予防接種費用償還払い申請書

北 広 島 町 長 様

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
続 柄
連絡先

予防接種費用の償還払いを申請します。
なお、償還払いの決定のために必要と認めるときは、関係機関に対し必要な資料の提供又は事実確認若しくは聴取を行うことに同意します。

記

住 所	北広島町
被接種者名	
生年月日	年 月 日

*添付書類 ①接種医療機関が発行した領収書（予防接種の種類の記載があるもの）
②予診票の原本又は写し