予　防　接　種　償　還　払　申　請　書

下記の太枠内に記入をしてください。

飯舘村長　　様

申請日　令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞　対象者との続柄（　　）

予防接種名	定期帯状疱疹予防接種												
接種者名		生年月日	大正 昭和　年　月　日										
接種月日	1回目 令和　年　月　日		2回目 令和　年　月　日										
口座振込先 ＊申請者の口座	農協　本店 銀行　支店 金庫　支所	預金種別	普通										
口座名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ	口座番号											
申　請　額	金額　　円												

決裁	課長	主幹	係長	係員	給付決定額

※　申請の際は、①領収書（原本）②予診票の写しを添付してください。

※　接種した年度内に申請してください。

※　毎月１５日締切、同月の２７日（休日の場合は、その翌日）に指定口座へ振り込みいたします。

申請額について

１回で完了の方は領収書に記載してある金額を記載してください。

２回で完了の方は、１回目と２回目の領収書の金額の合計を記載してください。