

国見町定期予防接種再接種費用助成事業実施報告書兼請求書

年 月 日

国見町長 様

※太枠の中だけ記入してください。

被接種者氏名			生 年 月 日	年 月 日	
請求者氏名 (保護者)	㊟ 被接種者との関係 ()				
住 所					
電 話 番 号					
予 防 接 種 名	実 施 日	実 施 医 療 機 関	支 払 金 額	町の契約単価	※ 請 求 金 額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合 計 金 額			円		円

※請求金額は、町の契約単価が上限となります。

請求額	円
-----	---

振込先	銀行		本店・支店		□普通 □当座	
	フリガナ				口座番号	
	口座名義人					

【添付書類】

- ①再接種を受けた実施医療機関が発行する領収書及び医療費明細書の写し
- ②再接種を受けたことが確認できるもの（予防接種済証又は母子健康手帳）の写し
- ③振込先金融機関の通帳の写し

【注意事項】

- ①支払金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が国見町の定める金額を上回る場合は、国見町が定める金額が助成の上限となります。
- ②報告は、最終接種日から1年以内に行ってください。