

様式第 3 号（第 6 条関係）

予防接種費用償還払い交付申請書

年 月 日

山梨市長 殿

申請者（保護者）

住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

連絡先

予防接種の償還払いについて、山梨市定期予防接種費用償還払いに関する要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

※この申請に必要な予防接種の内容を山梨市が医療機関等に確認することに同意します。

被接種者	住所 氏名 生年月日		
予防接種の種類			
予防接種日	別紙のとおり		
交付申請額	円		
振込先	金融機関	銀行	本店
		農協	支店
	金庫	出張所	
	普通	口座番号	
	当座		
	(フリガナ) 名義人	()	

関係書類

- 予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日のわかるもの）
- 予診票の原本又は写し
- その他必要な書類

※償還額は、接種費用または山梨市が委託医療機関と接種日に属する年度に委託契約している額のうちの少ない額となります。