

令和 年 月 日

延岡市長 様

住所 〒

申請者

印

(被接種者との続柄 )

電話

延岡市予防接種費の償還払に関する要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり予防接種費の償還払いを申請します。

また償還金については下記の口座に振り込むよう依頼します。

償還払申請額 _____ 円
----------------

※ 様式第4号の償還払申請額の合計額を記入してください。

被接種者氏名			
生年月日	年	月	日生
被接種者住所	延岡市		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 漁協	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人	( )	

※ 振込先の情報は正確に記載してください。

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

<b>【市処理欄】</b>	予防接種費の償還払いについて次のとおり決定します。		
支給決定年月日	年	月	日
支給決定金額	円	地域医療政策課長	印