

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

宮古島市長 殿

申請者（請求者）

氏名 _____ 印 続柄（ ）

住所 宮古島市 _____

電話番号 _____

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	現住所	宮古島市		
	滞在先住所			
接種医療機関	医療機関名			
	所在地	都道府県		市町村

以下の金額を請求します。

合計金額： _____ 円

※請求額は、償還払限度額（予防接種契約額）が上限となります。

振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

（添付書類）

- ①親子健康手帳等の写し（氏名記載ページと予防接種記録ページ）
- ②医療機関発行の領収書（原本）
- ③振込先通帳の写し（振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義の分かるもの）
- ④接種記録後の予診票（写しも可）

（注意）

- ・被接種者は、接種日において宮古島市在住の方に限ります。