

(様式第5号)

特別の理由による定期予防接種再接種費用助成請求書（償還払）

〇〇年〇〇月〇〇日

横 手 市 長 様

請求者（保護者）

日中連絡の取れる番号を記入

住 所 〒013-0044 横手市横山町1番1号

氏 名 横手 花子

電話番号

接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断されたため、下記のとおり予防接種再接種費用を請求します。

氏名 (予防接種を受けた人)	横手 太郎										
住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	〒 013-0044 横手市横山町1番1号										
受診医療機関名	▲▲病院										
医師氏名	□□ □□										
費用額	※ ¥										
振 込 先 (請求者に同じ)	金融機関	北都 銀行 信用金庫 横手 本店 支店 出張所									
		口座番号	普通	当座	1	2	3	4	5	6	7
		フリガナ	ヨコテ ハナコ								
	口座名義	横手 花子									

※費用額は市で記入しますので、記載しないでください。

【 添付書類 】

①横手市の各種予防接種予診票【市提出用】

…必要な事項がすべて記載・押印されているか確認してください。

②予防接種費用の領収書（原本）

上記の“請求者(保護者)”
と同じ人を記入