

野沢温泉村県外予防接種費用請求書

年 月 日

野沢温泉村長 様

請求者

住 所 野沢温泉村大字

氏名

印

(被接種者との続柄

電話番号

予防接種法第5条第1項に規定する定期接種（B類疾病除く）を県外で受けたので、関係書類を添えて次とおり請求します。

記

被接種者	住所	野沢温泉村大字				
	ふりがな 氏名					
	生年月日	年 月 日				
申請金額の算出基準	予防接種の種類	接種日	医療機関名	自己負担額 (実績) (A)	予防接種市町村間相互乗り入れ業務委託単価(B) ※村記入	支払金額 (A) 又は (B) のうちいづれか少ない額 ※村記入
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
請求金額(合計)※村記入		円				
上記医療機関で接種した理由						

【添付書類】 ①予防接種に係る医療機関発行の領収書（予防接種の種類がわかるもの）

②母子健康手帳の写し（当該予防接種であることがわかる箇所の写し）

上記の請求額は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融 機 関	銀 行	本 店	1 普 通	口座番号 (左づめ)				
	信用金庫		2 当 座					
	農 協	支 店						
	フ リ ガ ナ							
	口座名義人							