

東海村長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電話番号

予防接種公費負担請求書

東海村定期予防接種実施要綱第 9 条第 1 項の規定により，次のとおり関係書類を添えて請求します。

被 接 種 者 氏 名	☐ 申請者 と同じ		
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	☐ 申請者 と同じ		
実施予防接種名	接種日	支払金額	公費負担額※
請求額（合計額）			
接 医 療 機 関 種 別	名 称		
	住 所		
		電話番号（ ）	

私が受領する公費負担分について，下記指定口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行：金庫 組合：農協		支店：本店 本所：支所
預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

※ 職員記入欄＜添付書類＞

- ☐ 予診票の原本
- ☐ 予防接種に係る費用の領収書と診療明細書
- ☐ その他村長が必要と認める書類

職員 記入 欄	課長	課長補佐	係長	担当