

様式第3号（第5条関係）

予防接種費用償還払交付申請書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者住所 飛驒市  
氏 名  
被接種者との続柄  
電話番号

予防接種費用の償還払いについて、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

被接種者	住 所	飛驒市	
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
予防接種 内容	予防接種名および回数	接種年月日	接種費用額
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円
	( 回目)	年 月 日	円

※ 償還額は、接種費用又は飛驒市が委託医療機関と委託契約している額のいずれか少ない額となります。

※ 予防接種実施依頼書交付申請書に記載した医療機関外で接種した場合は、償還払いの対象にはなりません。

申請時の持ち物

- 1 予防接種費用の領収書
- 2 接種済予診票（原本）
- 3 その他必要な書類