第３号様式

**予 防 接 種 費 用 償 還 払 申 請 書**

　　年　　月　　日

中 頓 別 町 長 様

 申請者　住所 中頓別町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

予防接種費用の償還を受けたいので、医療機関の受領書を添えて申請します。

　　償還申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円



* 振込先 　※口座名義は申請者と同じ名義に限ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 加入金融機関 | 稚内信金中頓別支店　　・　　JA中頓別本所郵便局中頓別支店 |
| 口 座 番 号 | 　　普通　・　当座　　（　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな）口 座 名 義 人 |  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※申請は、法定接種年齢および任意接種は中頓別町が助成している年齢の範囲内に限ります。

　※償還される額は、自己負担額（生活保護世帯および町民税非課税世帯に属する方は無料・それ以外の方は500円）を減じた額とします。

　※申請期限は接種後１年間です。