様式第４号　　令和　　年　　月　　日

定期予防接種費用払い戻し申請書

（あて先）松江市長

下記のとおり、定期予防接種費用払い戻しの申請をします。

申請者	氏　　名		※予防接種実施申請時の申請者と同じ人	
	住　　所	松江市		
	連絡先			
接種を受けた方	フリガナ		生年月日	昭和　・平成　・　令和　　年　　月　　日
	氏　　名			
	住民登録住　　所	□申請者と同じ 申請者と違う場合は記入　松江市		

予防接種状況	予防接種の種類		接　種　日	支払った金額	備　考
	（例）ヒブ	**１回目**	**令和元年４月３日**	**8,800**	
	（例）小児肺炎球菌	**１回目**	**令和元年４月１２日**	**12,200**	

振込先	1 金融機関名	2 店　名	3 種別	4 口座番号
		本・支店	普通	
	5 口座名義人　（カナ） ※申請者と同じ人	※1～5 の口座情報がわかる書類を添付すること		

松江市使用欄	住民基本台帳	申請書	領収書・明細書	口座情報	予診票	母子健康手帳接種履歴