

定期予防接種費用払い戻し申請書

(あて先) 松江市長

住 所 松江市

申請者氏名

被接種者との続柄 ()

連絡先 TEL

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。

被 接 種 者	(フリガナ) 氏 名									
	生 年 月 日		年 月 日							
	住 所		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	金融機関名		店 名	口座番号						
			本・支店	普通						
	口座名義人		フリガナ							

松江市使用欄

住民基本台帳	申請書	予診票	領収書	母子健康手帳接種履歴