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

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