

様式第 1 号（第 6 条関係）

あま市予防接種費償還払承認申請書

年 月 日

あま市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、予防接種費の償還払を受けたいので承認してください。

被接種者	住 所	あま市				
	氏 名					
	生年月日	年 月 日				
申 請 理 由						
受診医療 機関名		住所		電話 番号		
予防接種の種類及び 内容（回数）						