

様式第1号(第4条関係)

諸塚村任意予防接種費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

諸塚村長 殿

申請者 住 所 諸塚村大字く家代セツ山く

氏 名

続柄(被接種者からみた関係)

電話番号

諸塚村任意予防接種費用助成要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり償還払いを申請及び請求します。

記

ふりがな			生年月日	S H R 年 月 日	歳 ヶ月
被接種者名					
請求金額	金 円也				
予防接種名 接種年月日 (接種した予防接種に○をし、接種年月日を記入)	予防接種名		接種日		
	麻疹・風疹		R 年 月 日		
	流行性耳下腺炎(おたふく風邪)		R 年 月 日		
医療機関名					
添付書類	領収書 母子健康手帳のコピー 振込先通帳のコピー				
振込先	金融機関名			預金種別	
	銀行			普通 当座	
	信用金庫 支店				
	農協				
	口座番号		口座名義人		
			(フリガナ)		
*口座は、被接種者又は親権者の名義でご記入ください。					