

予防接種助成金請求書

| | | | |
|-------------|------|-------|-----|
| 予防接種名 | | | |
| 被接種者 | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 生 歳 |
| | 住所 | 三春町 | |
| 接種医療機関 | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| 医療機関に支払った金額 | | | 円 |
| 助成金請求額 | | | 円 |

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

三春町長

請求者 住 所 三春町

氏 名

印

電話番号

(被接種者との続柄)

【振込指定口座】

| | | |
|-------------|------------|-------|
| 金融機関名 | 銀行・農協・信用金庫 | 支店・支所 |
| 口座番号 | 普通・当座 | 番号) |
| 口座名義人氏名(漢字) | | |
| 口座名義人氏名(カナ) | | |

【注意事項】

- ①医療機関が発行する 予防接種済証 及び 領収書 を添付してください。
- ②振込指定口座の写しを添付してください。
- ③振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ④訂正するときは、訂正印を押してください。(ただし、金額の訂正は無効です。)