

様式第3号（第8条関係）

予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

桜川市長

様

申請者

住所 _____

氏名 _____ 続柄 () _____

電話 _____

下記のとおり、接種費用の償還払いを申請します。

被接種者	フリガナ 氏 名	男 女	生年月日	
	現住所	茨城県桜川市		
接種医療機関	医療機関名			
	所在地			

※太枠内には記入しないでください。

接種日	ワクチンの種類	期/回数	助成限度額 A	接種料金 B	申請（請求）額 AとBのうち少ない額
合 計 金 額					

※助成額は助成限度額（予防接種契約額）Aが上限となります。

振 込 先	金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 別	普通・当座
	口座番号		フリガナ 口座名義		

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

※振込先口座名義は申請者と同一氏名を記入してください。

市確認欄	領収書	接種済証	予診票（原本）	通帳写し	受付：
------	-----	------	---------	------	-----