

行方市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付請求書

行方市長 宛て

住 所
氏 名
電話番号

印

被接種者	フリガナ			生年	年 月 日			
	氏 名			月日	(年齢 歳)			
	住 所							
接種を受けた医療機関等名								
予防接種の内容	予防接種名	回数	接種日	接種費用	公費負担額			
				円	円			
				円	円			
				円	円			
				円	円			
請求額合計		(接種費用と市が定める公費負担額のいずれか低い金額)						
		円						
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	支 店 出張所			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義							

添付書類

- 1 再接種を受けた医療機関等の領収書の原本
- 2 上記予防接種の履歴が確認できるもの(予診票の写し, 予防接種済証明書など)
- 3 その他市長が必要と認める書類