

石川町おたふくかぜ予防接種交付金請求書

年 月 日

石川町長 様

住 所 石川町

請求者 氏 名

（ 被接種者との続柄： ）

電 話

おたふくかぜ予防接種を受けましたので、石川町おたふくかぜ予防接種交付金交付要綱第5条の規定により次のとおり請求します。

被接種者氏名	生年月日	接 種 日	接種費用 (A)	上限額 (B)	(A)と(B)のいずれか少ない方の金額(C)
	年 月 日	年 月 日		6,000円	円
	年 月 日	年 月 日		6,000円	円
	年 月 日	年 月 日		6,000円	円
<b>請求金額 (Cの合計額)</b>				<b>¥</b>	<b>円</b>

上記の交付金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合		本 ・ 支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※添付書類 ○予防接種の領収書

○接種済みを確認できる書類の写し（母子健康手帳等）

○請求者の通帳の写し（銀行名、支店名、口座番号、名義人を確認できる部分）