

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, 0 0 0 円	円
	年 月 日	年 月 日		6, 0 0 0 円	円
	年 月 日	年 月 日		6, 0 0 0 円	円
請求金額（C の合計額） ￥ 円					

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			

※請求者と口座名義人は同一人物とする

※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）