大紀町麻しん（風しん）予防接種費助成金請求書

（あて先）大紀町長

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

別紙申請書のとおり接種を受けたので、上記のとおり請求します。

年 月 日

※請求日はこちらで記入しますので記入しないで下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 | 大紀町 |
| 保護者氏 名 | ㊞ |
| 電 話 | （ ） － |

※請求者名は口座名義と同一

振込口座（該当の所に○を付ける）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 本店信用金庫 支店農協 出張所 |
| 口座番号 | 普通預金 NO．  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |
| 口座名義 |  |

※請求金額の上限は、接種されたワクチンと接種期により異なります。但し、接種費用がそれ未満の時は、その金額が上限となります。

裏面に接種費用の領収書を必ず貼付してください。