

大紀町麻疹(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

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 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
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。