

様式第3号(第10条関係)

予防接種料金給付申請書兼請求書

年 月 日

鏡野町長 様

下記のとおり、予防接種料金の給付を申請し請求します。

※申請者記入欄	申請者氏名	※ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください		被接種者に対する続柄	
	申請者住所	鏡野町		TEL()	-
	被接種者氏名		生年月日	年 月 日生	
	被接種者住所	鏡野町			
	予防接種の種類				
	接種年月日 年 月 日 上記の予防接種に対する接種料金 円 医療機関所在地 医療機関名				

町記入欄	給付決定額						
	課長・特命参事	代理・補佐	主幹・主任	係	支出命令	給付台帳	
					月 日	月 日	

※口座番号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協	()本店・支店・支所
	預金の種別	普通・当座	番号
	フリガナ		
	名義人		

※申請者が記入し、領収書(原本)及び接種済証の写し又は母子健康手帳(予防接種履歴の頁)の写しを添付すること。