

様式第1号(第5条関係)

肺炎球菌予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者 氏

住 所

フリガナ

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日 ( 歳)

電話番号

下記のとおり、肺炎球菌予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、肺炎球菌予防接種費領収書を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

記

1 請求額 3,000 円

2 接種日等

接 種 日	接 種 医 療 機 関 名
年 月 日	

3 振込先

振 込 先	銀 行 農 協 信用金庫		支店 支所
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

備考 肺炎球菌予防接種費領収書(様式第2号)又は予防接種を受けた医療機関が発行する領収書その他の当該予防接種に係る支払額が確認できる書類を添付してください(写しは不可)。