

様式第1号(第5条関係)

ジフテリア百日せき破傷風混合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(保護者)： 千

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。

電話番号

下記のとおり、ジフテリア百日せき破傷風混合予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、ジフテリア百日せき破傷風予防接種領収書等を添えて請求します。なお、この請求に関連し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

1 請求額 _____ 円

2 被接種者名等

被 接 種 者 名	生 年 月 日	接 種 日	接 種 金 額	接 種 医 療 機 関 名
	年 月 日	年 月 日	円	

3 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

ジフテリア百日せき破傷風予防接種費領収書(様式第2号)又は予防接種を行った医療機関が発行する領収書その他の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)。