

水痘・おたふくかぜ予防接種費助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者(保護者) 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。

電話番号

下記のとおり、水痘・おたふくかぜ予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、水痘・おたふくかぜ予防接種費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	予防接種の種類	接種日	接種金額	接種医療機関名
		水痘2回目	年 月 日	円	
		おたふくかぜ 回目	年 月 日	円	
		水痘2回目	年 月 日	円	
		おたふくかぜ 回目	年 月 日	円	
		水痘2回目	年 月 日	円	
		おたふくかぜ 回目	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

水痘・おたふくかぜ予防接種費領収書(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)。