

費用助成（代理受領） ※肺炎球菌、带状疱疹

予防接種請求書(代理受領) (月分)

令和 年 月 日

亀 山 市 長 様

医療機関名

住所

氏名



※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

下記のとおり、請求します。

請求金額

_____ 円

<金融機関振込先>

銀行		支店
当座 ・ 普通	口座番号	
フリガナ		
名義人		