

美作市定期予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

美作市長 様

請求者

住 所 美作市

氏 名

Ⓜ

被接種者との関係

電話番号

美作市定期予防接種費用について、美作市定期予防接種費用助成実施規則第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

被接種者	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日生
	住 所	美作市	歳 か月 (接種日の月齢)		
接種日	ワクチンの種類	区 分	契約委託料 (A)	接種者支払額 (B)	請 求 額 (A) 又 (B) いずれか少ない額
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
		期 回・追加	円	円	円
合 計 請 求 金 額			円		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	普通 当座 該当を○で囲む	
	記 号 (ゆうちょ銀行 の場合)	フリガナ			
	口 座 番 号	口座名義人			