

(様式第4号)

年 月 日

長井市おたふくかぜ予防接種費用助成事業申請書兼請求書

長井市長 様

申請者
住 所

氏 名 印

(電話番号 — —)

予防接種費用の償還払いを受けたいので、長井市おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施規程第7条の規定により関係書類を添えて申請及び請求します。

【太枠内をご記入ください。】

接種者氏名		(男 ・ 女)									
生年月日		年 月 日									
医療機関名											
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 支店									
	預金種別	普通 ・ 当座			(フリガナ) 口座名義		()				
	口座 (右詰記入)	店番号			口座番号						
請求金額		円									
交付決定額		円									

《添付書類》

- ①医療機関の領収書の写し
- ②予防接種の結果が記された母子健康手帳又は予防接種済証の写し
- ③振込先通帳の写し