

山陽小野田市予防接種費助成請求書

年 月 日

山陽小野田市長 宛

申請者 住所 山陽小野田市
 氏名 _____
 被接種者との関係（ ）
 連絡先 _____

山陽小野田市定期予防接種（A類疾病）実施要綱第8条第2項の規定により、
 下記のとおり関係書類を添えて助成を請求します。

記

1 被接種者

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
	山陽小野田市		

2 接種した予防接種

予防接種の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)	予防接種の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円

償還請求額合計 円

振込先	金融機関名										種目
	銀行 金庫 組合					本店・本所 支店・支所 出張所					普通・当座
	金融機関コード			店番号			口座番号（右詰）				
	フリガナ										
	口座名義人										
受理年月日	年 月 日			決定年月日	年 月 日						

添付書類：領収書
 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
 予診票の原本又はその写し