

※請求者は保護者となります

石川町おたふくかぜ予防接種交付金請求書

〇〇年〇〇月〇〇日

石川町長 様

住 所 石川町字長久保185-4

請求者 氏 名 石川 太郎

(被接種者との続柄： 父)

電 話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※繋がりやすい番号を記載

おたふくかぜ予防接種を受けましたので、石川町おたふくかぜ予防接種交付金交付要綱第5条の規定により次のとおり請求します。

被接種者氏名	生年月日	接 種 日	接種費用 (A)	上限額 (B)	(A)と(B)のいずれか 少ない方の金額(C)
石川 花子	R6年〇〇月 〇〇日	R7年〇〇月 〇〇日	〇〇〇〇円	6,000円	〇〇〇〇円
	年 月 日	年 月 日		6,000円	円
	年 月 日	年 月 日		6,000円	円
請求金額 (C の合計額)				¥ 〇〇〇〇	円

上記の交付金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	〇〇〇〇 銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合	〇〇〇〇 本 ・ 支店
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	イシカワ タロウ	
口座名義人	石川 太郎	

※請求者と口座名義人は同一人物とする

※添付書類 ○予防接種の領収書

○接種済みを確認できる書類の写し（母子健康手帳等）

○請求者の通帳の写し（銀行名、支店名、口座番号、名義人を確認できる部分）