年　　月　　日

龍ケ崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請･請求者

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

龍ケ崎市Ａ類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

　龍ケ崎市Ａ類疾病予防接種事業実施要綱第１０条第２項の規定により、予防接種費用の償還払いを受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 |
| 年　　月　　日 |
| 住所 |  | |
| 予防接種名 | 実施日 | 実施医療機関 | 接種費用 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
| 請　求　金　額 | | | 円 |

振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行  金庫  組合 | 本店  支店 |
| 口座種別・番号 | 普通・当座 | Ｎｏ． |
| 口座名義 | フリガナ | |
|  | |