

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請・請求者

住所

氏名

印

対象者との関係

電話番号

龍ヶ崎市A類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市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	