

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者氏名は、口座名義人と同一でお願いします。

申請・請求者

必ず押印

住所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏名 龍ヶ崎 一郎

対象者との関係 父

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

龍
印
崎

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	龍ヶ崎 太郎	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地		
予防接種名	実施日	実施医療機関	接種費用	
BCG	〇〇月〇〇日	〇〇病院		円
B型肝炎	〇〇月〇〇日	〇〇医院		円
5種混合	〇〇月〇〇日	〇〇クリニック		円
				円
				円
				円
				円
				円
請求金額				円

記入しないでください

振込先

金融機関	〇〇	銀行 金庫 組合	〇〇	本店 支店
口座種別・番号	普通	当座	No.	〇〇〇〇〇〇〇
口座名義	フリガナ リュウガサキ イチロウ			
	龍ヶ崎 一郎			