

法定外予防接種等交付金請求書（子どものインフルエンザ）

法定外予防接種費用を下記のとおり請求します。

年 月 日

浅川町長

申請者住所	浅川町大字 字	連絡先	
申請者氏名	印（被接種者との関係）		
交付金請求額	円	銀行コード	
		店 番 号	
		金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合
		支 店 名	支店
		口 座 番 号	普・当
		フリガナ 口座名義人	
内訳	円× 人		

※申請者と口座名義人は同一でお願いします。
必ずフリガナをつけてください。

予防接種等料金受領証明書(医療機関記入欄)

	被接種者氏名	生年月日	接種月日	接種料金
1		年 月 日	年 月 日	円
2		年 月 日	年 月 日	円
3		年 月 日	年 月 日	円
医療機関所在地 名 称 代表者名		印		