**予防接種交付金等請求書（おたふくかぜワクチン）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種等者氏名 |  | 性別 | | | 男・女 | | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 被接種等者住所 | 浅川町  大字　　　　　字 | | | | | | | | 電話  番号 | |  |
| 接種医療機関 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 交付金請求額 | 円 | | 支払方法 | | | 口座振替 | | 銀行　　　　　店  当・普　NO | | | |
| （名義名　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 予防接種等料金受領証明書(医療機関記入欄) | | | | | | | | | | | |
| 予防接種名・実施年月日及び請求・受領額 | **おたふくかぜワクチン** | | | 年　　月　　日 | | | | | | 円 | |
| 医療機関所在地  名　　　称  氏　　　名 | 印 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求いたします。  　　　　年　　月　　日  住所　浅川町大字      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印    　浅川町長　様 | | | | | | | | | | | |

※添付書類：予防接種予診票（写し）