**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）