

任意予防接種費用交付申請書

年 月 日

鏡石町長 様

申請者
(保護者)

住所：鏡石町

氏名：

印

電話番号：

下記のとおり検査を受けましたので、その費用を請求いたします。

なお、私が受領する交付金は、下記口座へ振込の方法によりお支払いくさるよう、お願いいたします。

予防接種名			接種を受けた者	氏名			
接種を受けた医療機関	所在市町村名			生年月日	年	月	日
	医療機関名			性別	男	・	女
				住所	鏡石町		
			電話番号				
交付金申請理由	かかりつけ医のため・県内里帰り中のため・その他 ()						
医療機関への支払い額	交付決定額 (※記入しないでください)		振込先情報				
円	円		金融機関名	() <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 () 支店			
			口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
			口座名義				
			口座番号				

検査を受けた医療機関にて、下記の証明をお受けください。

予防接種実施証明書 (医療機関がご記載ください)					
予防接種名				受領金額	円
接種を受けた者の氏名				受領年月日	年 月 日
接種実施年月日	年	月	日	受領年月日	年 月 日
上記のとおり証明します。					
年 月 日			所在地		
医療機関名等			名称		
			代表者名		
			印		

※鏡石町使用欄 (申請者は記入しないでください)

課長		主幹・副課長		課員	
下記交付額のとおり決定してよろしいか伺います。				伺い者	印
交付額	円	交付決定年月日	・	・	交付決定通知年月日
			・	・	