

予 防 接 種 費 給 付 申 請 書

年 月 日

新 見 市 長 殿

次のとおり、予防接種料金の給付を申請します。

※ 申 請 者	申 請 者 氏 名	(押印不要)	被接種者に対する続柄	
	申 請 者 住 所	電 話 ( )		
	被 接 種 者 氏 名		生年月日	年 月 日生
	被 接 種 者 住 所	新見市	電 話 ( )	
	予 防 接 種 の 種 類		時 期	期 初回・追加 回目
	接 種 (又 は 予 診) 年 月 日	年 月 日		

医 療 機 関 記 入 欄	上記予防接種に対し接種料金（又は予診料金）として _____円領収したことを証明する。 年 月 日  医療機関所在地 名称 ・ 氏名 (押印不要)
	※この予防接種を実施するための予診料金、ワクチン代、接種料金等予防接種に関し、請求した費用のみをご記入ください。

市 決 裁	給付決定額					
	課 長	課長補佐	係 長	係	支出命令	給付台帳
					月 日	月 日

※ 申 請 者	金融機関名称	( ) 銀行・信用金庫・農協	( ) 本店・支店・支所
	預金の種類	普通・当座	記号 番号
	フリガナ 名 義 人		

※申請者が記入すること。