

## 別記様式(第5条関係)

## 予防接種費給付申請書

年 月 日

新見市長様

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		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	上記の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				印
※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	給付決定額	_____ 円
---	-------	---------

※ 申 請 者	金融機関の名称	( )銀行・信用金庫・農協	( )本店・支店・支所	
	預金の種別	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。