

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。