

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		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
	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 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						
	決 裁	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。