

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 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。