

第4号様式

今金町定期予防接種再接種費用補助費請求書

令和 年 月 日

年 月分を次のとおり請求します。

金 円

|                  |         |                 |       |
|------------------|---------|-----------------|-------|
| 被<br>接<br>種<br>者 | (住所)    |                 |       |
|                  | (氏名)    | (生年月日)<br>年 月 日 | (TEL) |
| 接<br>種<br>状<br>況 | (実施年月日) |                 |       |
|                  | (医療機関名) |                 |       |
| 添付書類             |         |                 |       |

今金町長 様

請求者 住所  
氏名

印

《振込先》

|         |         |        |
|---------|---------|--------|
| (金融機関名) |         |        |
| 種 別     | 普通 ・ 当座 | (フリガナ) |
| 口座番号    |         | (口座名義) |