

令和 年 月 日

稲敷市長 様

氏 名 ⑩
住 所
電話番号

予防接種公費負担請求書

稲敷市予防接種実施規則第6条第2項の規定により、関係書類を添えて予防接種公費負担償還払いを請求します。

記

1 接種者氏名

生年月日 : 年 月 日 (歳)

2 請 求 額 金 円

3 実施予防接種

実施予防接種名	接種日	支払い金額	公費負担額※
	合 計		

4 振込先

金融機関名	銀行		支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

5 添付書類

- (1) 予防接種記録の写し（母子手帳又は予防接種済証）
- (2) 予防接種領収書（原本）

※市記入欄

窓口受付日 / ⑩	担当課処理日 / ⑩	システム入力日 / ⑩
口座の確認済み ⑩		

