

予防接種費用償還払い申請書

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	島根県飯石郡飯南町		
種 別	子宮頸がん		
医療機関名		支払い額	円
<p style="text-align: center;">上記予防接種を受けましたので、これにかかる費用について助成して いただきますよう申請します。</p> <p style="text-align: right;">請求額 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所 飯南町 _____ 氏名 _____ (対象者との続柄 _____)</p> <p style="text-align: center;">飯 南 町 長 様</p>			

*接種時に使用した予診票、領収書を添付してください。

振込依頼先金融機関

金融機関名		支店名	本・支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			