

# 記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

必ず押印

申請者・請求者氏名は、口座名義人と同一をお願いします。

申請・請求者

住所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地  
氏名 龍ヶ崎 一郎  
被接種者との関係 父  
電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

## 龍ヶ崎市A類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市A類疾病予防接種事業実施要綱第10条第3項の規定により、予防接種費用の償還払いを受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

被接種者 (接種を受けた者)	氏名	龍ヶ崎 太郎	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
	住所	龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地		
A類疾病予防接種の種類	接種日	※接種費用 (※市で記載します)		
B型肝炎	令和〇年〇月〇日	円		
小児用肺炎球菌	令和〇年〇月〇日	円		
5種混合	令和〇年〇月〇日	円		
		円		
		円		
		円		
		円		
※合計請求金額 (※市で記載します)		円		

振込先

金融機関名	〇〇	銀行 金庫 組合	〇〇	本店 支店
口座種別・番号	普通	当座	No. 〇〇〇〇〇〇〇〇	
口座名義	フリガナ リュウガサキ イチロウ			
	龍ヶ崎 一郎			