

龍ヶ崎市長 様

申請・請求者

住 所

氏 名

印

被接種者との関係

電 話 番 号

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		生年月日
			年 月 日
	住所		
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)	
			円
			円
			円
			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	銀行 金庫 組合		本店 支店
口座種別・番号	普通・当座	No.	
口座名義	フリガナ		