

予防接種費償還払請求書

上峰町長 様

年 月 日

申請者 住所 上峰町大字坊所123-1
氏名 上峰 花子 ⑩
(被接種者との関係 母)

上峰町予防接種実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

空欄で
お願いします

償還払請求額 円

振込先

金融機関名	(銀行・農協・金庫・組合)
	(本店・支店・支所・出張所)
種類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ 口座名義	

※振込先の通帳のコピーを添付してください。

口座名義人は、申請者と同一の名前を
記入してください。
同一でない場合は委任状を提出してください。