

第2号様式

小野町任意予防接種助成事業償還払込請求書
(子どもインフルエンザ・ロタウイルス・おたふくかぜ)

小野町長 村上 昭正 様

支払請求額		円
-------	--	---

上記のとおり、 年 月分の任意予防接種助成事業に係るワクチン
接種費用を請求します。

年 月 日

(請求者)

住 所 小野町大字

氏 名 印

連絡先

(対象者との続柄)

(対象者)

住所 (請求者と異なる場合)

氏 名

振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 農協	本店・本所 支店・支所
預金種別	1 普通、 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

(注意事項)

- ① ワクチンを接種した医療機関が発行する **予防接種済証、領収書、及び振込口座通帳等の写し**を添付して下さい。
- ② 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ③ 訂正されるときは、訂正印を押印してください。