

第1号様式

小野町風しんワクチン接種助成事業償還払込請求書

小野町長 村上 昭正 様

支払請求額	円
-------	---

上記のとおり、 年 月分の風しんワクチン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) ※請求者と異なる場合は記入

住 所

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等 (ワクチンを接種したことが証明できるもの)、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。