

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、訂正印を押印して下さい。