

羽曳野市区域外予防接種費用助成金交付申請書兼

記入例

令和 年 月 日

羽 曳 野 市 長 様

申請者 住 所 羽曳野市〇〇

申請者と口座名義人は同一の方でお願いします。
書き損じた場合は訂正印を押印ください。

口座名義人と同じ

氏 名 羽曳野 太郎 印

電 話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

続 柄 〇〇

下記のとおり、予診票を添えて、区域外予算額については、交付決定額をもって請求します。

ゆうちょ銀行の場合は振込み用の店名を記入。
例) 四〇八・四一八 など

記

振込み先 金融機関名	〇〇	銀行・信金 信組・農協	〇〇	本店 支店 出張所
口座種別・番号	普通・当座			
口座名義人	フリガナ	ハビキノ タロウ		
		羽曳野 太郎		

(医療機関記入欄)

※太枠内は医療機関に記入してもらってください。

被接種者				
生年月日	年	月	日	
接種日	令和	年	月	日
予防接種の種類 及び料金				円
				円
				円
				円
				円
医療機関名	所在地			
	医療機関名			
	医師	印		

医療機関記入欄を書き損じた場合は医療機関の訂正印が必要です。

同時接種の場合は1枚にまとめて書いてください。

※以下は、記入しないください。

受付日	(窓口 ・ 郵送)	受付担当者	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受付後、申請書兼請求書のコピーを控えとして、申請者に渡す⇒ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ()			
交付決定日	令和 年 月 日	整理番号	検収者印
交付決定額	円		