

予防接種等交付金請求書

予防接種名					
被接種者氏名		性別	男女	生年月日	年 月 日
被接種者住所	柳津町大字		字	番地	電話
接種医療機関	名称				
	所在地				
医療機関に 支払った額	円				
予 防 接 種 料 金 受 領 証 明 書					
受領金額	円	医療機関 所在地 名 称 代表者	別紙予防接種券のとおり)		
交付金額	円	口座 振替	銀行・農協	支店	普 当
					名義人

上記のとおり請求いたします。なお受領する交付金は上記口座へ振替によりお支払いください。

平成 年 月 日

住所
請求者 氏名
電話番号

⑩

(被接種者との続柄 _____)

柳 津 町 長 殿