

定期外予防接種助成金請求書

請求金額	円
------	---

ただし、予防接種費用の助成金として（内訳のとおり）

内訳		
予防接種の種類	接種年月日	金額
(回目)	年 月 日	円
(回目)	年 月 日	円
(回目)	年 月 日	円
(回目)	年 月 日	円
(回目)	年 月 日	円
(回目)	年 月 日	円
合計（税込み）		円
上記の金額を請求します。（領収書別添のとおり）		
年 月 日		
名寄市長 様		
住所 _____		
氏名 _____		
電話 (_____ - _____)		
被接種者氏名	生年月日	続柄
	年 月 日生	

振込先	金融機関名	本店 支店
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

注1 黒のボールペンで記入してください。

注2 金額の訂正はできません。