

様式第3号（第5条関係）

任意予防接種助成金請求書

予 防 接 種 名		接種月日	
被 接 種 者	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		
接 種 医 療 機 関	名 称		
	住 所		
医 療 機 関 に 支 払 っ た 金 額			円
助 成 金 請 求 額			円

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

田村市長 様

請求者 住 所 田村市

氏 名

印

電 話 番 号

（被接種者との続柄）

【振込指定口座】

金 融 機 関 名	銀行・農協・信用金庫	支店・支所
口 座 番 号	普通・当座 番号	
口 座 名 義 人 氏 名（漢字）		
口 座 名 義 人 氏 名（カナ）		

【注意事項】

- ①医療機関が発行する 予防接種済証 と 領収書 及び 接種済予診票 を添付してください。
- ②振込指定口座の写しを添付してください。
- ③振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ④訂正するときは、訂正印を押してください。（ただし、金額の訂正は無効です。）

*この欄には記入しないでください

決 定 額	円
-------	---