

個人請求用
(窓口全額自己負担者)

芳賀町任意予防接種費助成請求書

年 月 日

芳賀町長 様

請求者 住所

氏名 ⑨

電話

下記任意予防接種に要した費用 _____ 円を請求します。

被接種者名	生年月日		年 月 日 (歳)
おたふく	接種日	年 月 日	接種金額 円
小児 インフルエンザ	接種日	年 月 日	接種金額 円
風しん	接種日	年 月 日	接種金額 円
麻しん風しん	接種日	年 月 日	接種金額 円
帯状疱疹	接種日 (1回目)	年 月 日	接種金額 円
	接種日 (2回目)	年 月 日	接種金額 円
	接種日	年 月 日	接種金額 円
医療機関名			

口座振込先

振込先 金融機関	銀行・組合 農協・金庫						支店 支所
口座番号	普通・当座						
フリガナ							
口座名義人							

※添付書類

予診票 (コピー可) 医療機関発行の領収書