

平成 年 月 日

座間味村長 殿

請求者住所：

氏 名： ⑩  
(接種者との関係： )

私は、下記のとおり任意予防接種を受け、予防接種料金を支払いましたので助成金を請求いたします。

予防接種名：

一金 円

振込先口座

	銀行・組合 農協・金庫		支店 支所
名義人氏名(フリガナ)		口座番号	
		普通 当座	
予防接種を受けた人の 名前と生年月日等			
	生年月日： 年 月 日 ( 歳)		
予防接種をした 医療機関名			

○ 添付書類：医療機関が発行した任意予防接種領収書