

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所 いちき串木野市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

定期予防接種費償還払請求書

年 月 日付けで承認されました定期予防接種の接種費償還払について、いちき串木野市定期予防接種の接種費用助成要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 被接種者名

2 償還払請求額 金 円

金融機関名	銀行 農協 金庫	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人	※申請者名義の口座に限ります。	