

予防接種費用償還払請求書

年 月 日

(あて先)大阪狭山市長

請求者	住 所	
	氏 名	Ⓜ
	被接種者との続柄	本人・本人以外( )
	電 話 番 号	( )

大阪狭山市予防接種費用の償還払に関する要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり、予防接種費用の償還払を請求します。

記

被 接 種 者	フリガナ				性 別	男・女
	氏 名					
	住 所	大阪狭山市				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)				
請 求 額						円

※請求額には、別紙「予防接種費用償還払明細書(様式第6号)」の合計額を記入してください。

上記の請求額を請求します。下記の口座に振込みを希望します。

振 込 先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫			支店
	口座番号		預金種別	普通・当座・その他( )	
	フリガナ 口座名義人				
	委任欄 (振込先の口座名義人と請求者とが異なる場合は、請求者の委任が必要です。必ず請求者ご本人がご記入の上、請求者の印と同じ印鑑をご捺印ください。) 本申請に基づく定期予防接種費用に係る償還額の受領について、上記の口座名義人に委任します。 <p style="text-align: right;">請求者 _____ Ⓜ</p>				