

記入例

様式第4号(第6条関係)

予防接種費用償還払申請書兼請求書

↓日付は空白にしてください

年 月 日

(あて先)大阪狭山市長

住 所 大阪狭山市岩室1丁目97番地の3

氏 名 大阪狭山 花子 ㊟

申請者

被接種者との続柄 本人 本人以外

印鑑を押印してください

電 話 番 号 072(367)1300

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申請します。

記

被 接 種 者	フリガナ	オオサカサヤマ ハナコ		性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	氏 名	大阪狭山 花子			
	住 所	大阪狭山市 岩室1丁目97番地の3			
	生年月日	昭和●● 年 ▲月 ■日 ( ●▲歳 ■か月)			
申 請 額	円				

※申請額には、別紙「予防接種費用償還払明細書(様式第5号)」の合計額を記入してください。

上記の申請額を請求します。次の口座に振込みを希望します。

振 込 先	金融機関名	大阪狭山	銀行 農協 信用金庫	狭山	支店
	口座番号	0123456		預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> その他( )
	フリガナ	オオサカサヤマ タロウ			
	口座名義人	大阪狭山 太郎			
<p>委任欄 (振込先の口座名義人と申請者が異なる場合は、申請者の委任が必要です。必ず申請者ご本人がご記入の上、申請者の印と同じ印鑑をご捺印ください。)</p> <p>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>					
<p>申請者 大阪狭山 花子 ㊟</p>					