

別記様式(第4条関係)

風しん予防接種費（償還払）助成請求書

年 月 日

佐久穂町長 宛

接種者 住所： _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

私は、次のとおり風しん予防接種を受け、接種費用を負担したので、助成の請求をします。

請求金額 _____ 円

接種内容

生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳）
接種年月日	年 月 日
接種医療機関名	

受取口座記入欄

金融機関名	銀行 支店・佐久浅間農協 支所
口座名義人（かた）	
口座番号	（普通・当座）

※添付書類

- （1）予防接種を受けた医療機関等が発行する、接種内容が記載された証明書
- （2）予防接種を受けた医療機関等が発行する、接種に係る実費負担が分かる領収書