|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給決定伺い | | |
| 課　長 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |

第２号様式（第４条関係）

風しん予防接種費用助成金請求書

令和　　年　　月　　日

柏崎市長　様

住所　　〒

　　　　　　　　　　　　　　柏崎市

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　昭和・平成　　　年　　 月 　　日

　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳）

電話番号

風しん予防接種を受けましたので、下記の金額を次の口座に振り込まれるよう請求します。

記

【接種内容】

　　　　 □風しん単独ワクチン　　　　　　　　４，０００円

□ＭＲ(麻しん風しん混合)ワクチン　　６，０００円

金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 払　込　先 金融機関名 |  | 銀行・信金 農協・信組 労金 |  | 本　店 支　店 出張所 |
| 口座種別 | １　普通　２　当座 | 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |

【添付書類】　①予防接種時の領収書又は接種証明書

②振込先口座の預貯金通帳等（本人名義のもの）