第９号様式（第２１条関係）

柏崎市子育て応援券事業予防接種費用償還申請書

柏崎市長

年　　月　　日

住所

氏名

電話番号　　　 　-　 　　　-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 請求金額 | 円 |  |

　上記金額を請求します。

　上記の金額を次の口座に振り込み願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行・信用組合・信用金庫  労働金庫・農協 | | 本　店  支　店  出張所 | 当座  普通  貯蓄 | 口座番号（右づめ） | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | |

　請求内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種 | 応援券単価① | 応援券利用枚数② | 応援券利用金額①×② |
| インフルエンザ  　おたふく風邪  　その他（　　　　） | 500円 |  | 円 |
| 医療機関等の名称 | | | サービスに要した費用 |
|  | | | 円 |
| 接種者名 | | | サービス利用日 |
|  | | | 年　　月　　日  年　　月　　日 |

※　医療機関の領収書の添付が必要です。