

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
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 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。