

様式第5号（第10条関係）

予防接種費償還払請求書

年 月 日

砥部町長 様

請求者 住所
氏名 印
接種者との関係
(電話 - -)

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた予防接種費償還払
について、次のとおり請求します。

被 接 種 者 名				
生 年 月 日		年 月 日 (歳 月)		
請 求 額		円		
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義			

口座名義人が請求者本人ではない場合は、下記の委任状欄に記入・押印してください。

委任状	
砥部町長 様	年 月 日
委任者（請求者） 住所 氏名 印	
下記の者に予防接種費償還払金の受領を委任します。 受任者（口座名義人） 住所 氏名	