

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

四万十市長

様

申請者 住 所

氏 名

電 話

被接種者との関係

四万十市予防接種費用償還払申請書兼請求書

高知県外における四万十市予防接種実施規則第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請いたします。

記

申請（請求）金額 金 円

（内訳）

被接種者	予防接種の種類	自己負担金額	限度額	申請（請求）額
氏名		円	円	円
		円	円	円
生年月日 年 月 日		円	円	円
		円	円	円
申請（請求）額合計				円

交付決定後は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

1	ふりがな							
	口座の名義							
2	金融機関名	農協			支所			
		銀行			支店			
3	口座の種類及び番号	普通	・	当座				

※ 申請者名義の口座に限ります。

※ この申請書は四万十市が交付決定をした後に補助金の請求書として取り扱います。

添付書類

- (1) 予防接種料金を支払ったことを証する書類（原本）
- (2) 予診票の原本又は写し