

[記載例]

守谷市予防接種費用公費負担申請書兼請求書

守谷市長 宛て \*\* 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名	住所	電話番号
守谷 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">守谷</span> 印	〒 302 - 01** 守谷市 ○○ 999 -99 - 9	0×0- 1234-4567

次のとおり、予防接種費用の公費負担を請求します。なお、本申請にあたり、公費負担の決定に必要な範囲内において、市が保有する被接種者及び保護者に関する情報を照会すること並びに予防接種を受けた事実等を医療機関に照会することに同意します。

被接種者	フリガナ	モリヤ タロウ	生年	昭和○○ 年 △ 月 □ 日
	氏名	守谷 太郎	月日	
	住所	守谷市		

予防接種・診察の種類	予防接種実施日	医療機関名	公費負担請求額
インフルエンザ	R○年 ○月 ○日	○○クリニック	公費負担請求額や請求額合計は、訂正印が使用できません。間違えた場合は書き直しが必要です。 (未記入提出可)
肺炎球菌	R○年 △月 ○日	□□病院	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
請求額合計			

振込金融機関	金融機関名	○○	銀行 信金 信組 農協	支店名	△△	支店出張所	
	コード	9 9 9 9		コード	9 9 9		
	預金種目 <small>まいずれかに0印</small>	普通	当座	口座番号 <small>※右詰記入</small>	9 8 7 6 × × ×		
	口座名義	フリガナ	モリヤ	タロウ			

【注意事項】

- ①印鑑は必ず押してください。
- ②金融機関コード・支店コードは、不明な場合（調べられない場合）は、未記入でご提出ください。
- ③口座番号・フリガナは1マスに1文字を記入してください。
- ④口座名義は、被接種者（本人）又は家族の口座を記入してください。