

様式第 2 号（第 8 条関係）

公費負担による任意の予防接種償還払申請書兼請求書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所

請求者 氏 名

電話番号

任意接種に係る償還払について、熱海市公費負担による任意の予防接種実施要綱第 8 条第 2 項の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。

金 円也

任意接種の種類	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合		
	<input type="checkbox"/> 風しん		
	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（1 回接種）		
	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（2 回接種） <input type="checkbox"/> 2 回接種 <input type="checkbox"/> 2 回目のみ接種		
振込先金融機関名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>銀行</div> <div>本店</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>農協</div> <div>支店</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>金庫</div> <div>()</div> </div>		
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

接種費用助成の受領を	
住 所	
氏 名	に委任します。
	年 月 日
委任者	
住 所	
氏 名	