

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"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（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	銀行	本店	
	農協	支店	
	金庫	( )	
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