

様式第3号（第7条関係）

令和 年 月 日

あま市長 様

住 所 あま市  
申請者 氏 名  
電話番号 — —

### あま市子どもインフルエンザ予防接種費用償還払承認申請書兼請求書

下記のとおり、あま市子どもインフルエンザ予防接種費用の償還払を受けたいので申請します。なお、決定の上は、下記の振込先に振り込んでください。

記

償還払請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

被接種者	住 所	あま市		
	氏 名			
	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 (満 歳)		
接種状況	接種実施年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	接種医療機関名			

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 農協 支店		
	金融機関コード (4桁)		支店コード (3桁)	
	預金種別	普通・当座	口座番号 (7桁)	
	(フリガナ) 口座名義人	( )		