

様式第1号（第4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 — —

あま市帯状疱疹予防接種費用償還払申請書兼請求書

下記のとおり、あま市帯状疱疹予防接種費用の助成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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	昭和	年	月 日（満 歳）
接種実施年月日		接種医療機関名		
令和 年 月 日				

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	()		