

窓口提出日を記入

様式第1号（第4条関係）

令和 5年 Δ月 ○○日

あま市長 様

住所 あま市○○町Δ-×
申請者 氏名 海部 太郎
電話番号 000-123-4567

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

記入不要です。
(提出時に記入します。)

償還払請求額 金 _____ 円

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と被接種者が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 異なる場合は被接種者住所・氏名を記入
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	昭和 ΔΔ年 ○○月 ××日 (満 50 歳)	
接種実施年月日		接種医療機関名	
令和5年Δ月×日		○○クリニック	

被接種者本人名義の 口座をご記入ください	金融機関名	あま <u>銀行</u> 駅前 本店 信用金庫 支店 農協	ゆうちょ銀行の場合、支店名は3桁の数字になります。	
	金融機関コード (4桁)	0123	支店コード (3桁)	456
	預金種別	<u>普通</u> 当座	口座番号 (7桁)	1234567
	(フリガナ) 口座名義人	(アマ タロウ 海部 太郎)		