

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

石岡市長 あて

流行性耳下腺炎ワクチン予防接種費用助成申請書兼請求書

次のとおり、流行性耳下腺炎ワクチン予防接種費用助成を申請します。

申 請 者 住 所
(保護者) 氏 名
続 柄
電話番号

被 接 種 者	住 所	石岡市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)

請求金額	円
------	---

振 込 先	銀行 (コード)		支店 (コード)	当座・普通
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

予防接種名	流行性耳下腺炎ワクチン
接種年月日	年 月 日
医療機関名	
接種金額	円
* 交付決定額	円

必要書類：予防接種を実施した証（母子健康手帳・予防接種名の分かる領収書の原本）
振込口座の分かるもの（通帳又はカードの写し）