様式第６号（第９条関係）

河内町小児童任意予防接種（流行性耳下腺炎）助成金請求書

　　年　　月　　日

河内町長　様

請求者　　　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　電話番号

河内町任意予防接種助成事業実施要綱第９条の規定により，関係書類を添えて次のとおり請求します。

　また、この請求に係る決定については，口座への振込みをもって決定の通知とすることに同意します。

１．被接種者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | | | |
| 被接種者の生年月日 | 年　　　月　　　日生（　　　　　歳） | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | |
| 住　　所 | 河内町 | | 電話  番号 | **（日中連絡のとれる番号）** | | |
| 請求額  内　訳 | 接種年月日 | 被接種者請求額 | | | | |
| 年　　月　　日 | 接種費用 | | ¥ | | |
| 請求額 | | \３，０００ | | |

※接種費用が3,000円未満の場合は請求できません。

２．振込先金融機関名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 種目 | 口座番号 | （フリガナ）  口座名義人 |
| 銀行  金庫  組合 | 店  支店  出張所 | 普通  当座 |  |  |
|  |

　　※振込先は、本人または保護者名義の口座をご記入ください。

　　　上記以外の方が名義人の場合には、続柄をご記入下さい。（続柄　　　　　　　）