様式第１号（第５条関係）

河内町大人の風しん予防接種費用補助金請求書

　　年　　月　　日

河内町長　様

請求者　　　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　電話番号

河内町大人の風しん予防接種費用補助金交付要綱第5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 |  |
| 住　　所 |  | 電話番号 | (日中連絡のとれる番号) |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 請求額内　訳 | 被接種者支払額 | 被接種者請求額（支払った額の２分の１の額） |
| \ | \ |

（１）請求額の上限は５，０００円とする。

（２）１０円未満の端数が生じた場合はその額を切り捨てた額とする。

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 |  |  |
|  |