

様式第4号（第7条関係）

猪苗代町予防接種再接種費用助成金請求書

年 月 日

猪苗代町長

（請求者）住 所

氏 名 印  
（対象者との続柄 ）

（対象者）住 所

氏 名  
生年月日 年 月 日生

自己負担により支払った再接種費用の償還払いを受けたいので、猪苗代町予防接種再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

支払請求額	円
-------	---

振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 （該当する方を○で囲んでください。）	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人名		

（留意事項）

- ① 再接種に係る領収書及び接種済証等の再接種をしたことが確認できる書類を添付してください。
- ② 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。