

予防接種費用給付申請書

年 月 日

つがる市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ ㊞ 続柄 () _____
 電話番号 _____

下記のとおり予防接種費用の給付を申請します。

記

被接種者	フリガナ 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所	つがる市		
接種 医療機関	医療機関名			
	所在地			

接種年月日	ワクチンの種類	期／回数	給付申請額

振 込 先	金融機関名	銀行		本・支店
	口座種別		フリガナ	
	口座番号		口座名義	