

様式第8号（第11条関係）

医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金請求書

年 月 日

水戸市長 様

住 所

氏 名

電話番号

被接種者との関係

年 月 日付けで額の確定の通知を受けた医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金の交付を受けたいので、水戸市医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金交付要項第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

金融機関名		本・支店名	
口座の種類	普通	当座	
口座番号			
(フリガナ) 口座名義人			