

第7号様式（第7条）

年 月 日

大網白里市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
(接種対象者との続柄 )  
電話番号

大網白里市定期予防接種償還払請求書

令和 年 月 日付け 第 号で交付決定があった大網白里市定期予防接種費用の償還払いについて、大網白里市定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 出張所
預金種目	普通	・ 当座
口座番号		
(カナ) 口座名義人		

※ 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。  
異なる場合は、委任状が必要になります。