

輪之内町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所 輪之内町

氏 名

㊞

電話番号

被接種者の続柄

下記のとおり予防接種を受けましたので、輪之内町風しん予防接種費用助成要綱第7条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

予防接種の種類 <small>(レを付けてください)</small>	接種日	接種医療機関名
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン	年 月 日	

被 接 種 者	住 所	〒503-02 輪之内町	
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日生 (歳)

振 込 先 口 座	い ず れ か に 記 入 く だ さ い	金 融 機 関	銀 行 金 庫 農 協		支 店 支 所 出 張 所 代 理 店					
			種 別	普通・当座 <small>(〇を付けてください)</small>	口座番号					
	必 ず 記 入 く だ さ い	フリガナ								
		口座名義人 <small>(申請者)</small>								

添付書類) 予防接種に係る領収書 (原本)
予防接種を受けた証明となるもの [予防接種済証、予診票 (いずれも写し) など]

※助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。

申請者名 _____ ㊞

※以下の欄は記入しないでください。

助成決定額	円
-------	---