

輪之内町予防接種費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 ⑩

電話番号

被接種者との続柄

下記のとおり予防接種を受けましたので、輪之内町予防接種費助成金交付要綱第5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 (レを付けてください)	接種日		接種医療機関名
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹	回目	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	回目	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	回目	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	回目	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	回目	年 月 日 (歳 ヶ月)	

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	金融機関	銀 行		支 店			
		金 庫		支 所			
	農 協		出張所				
	代理店						
	種別	普通・当座 (○を付けてください)	口座番号 (右づめでご記入ください)				
	フリガナ						
	口座名義人 (申請者)						

添付書類) ワクチン接種料の領収書 (原本)
予防接種済証、予診票、接種記録のある母子手帳のいずれか (写し)

※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 _____ ⑩

以下の欄は記入しないでください。

助成決定額	円
-------	---

