

聖籠町県外予防接種費用助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者

住所 聖籠町大字

氏名

印

(自署又は記名押印)

(被接種者との続柄: )

TEL

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

被 接 種 者 氏 名				
被 接 種 者 生 年 月 日		年 月 日		
被 接 種 者 住 所				
申 請 内 容		別紙領収書のとおり		
振込指定機関	金 融 機 関 名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号等	普通 当座
	支 店 名	本店・ _____ 支店	フリガナ 口座名義人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 氏名 _____ 印 (自署又は記名押印)
---

- 1 添付書類として母子健康手帳又は接種証明書など接種したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 \_\_\_\_\_ 円

## 聖籠町県外予防接種費用助成申請書

記入例

申請日

(今日の日付)

〇〇年〇〇月〇〇日

聖籠町長

様

申請者

住所

聖籠町大字諏訪山825

氏名

聖籠 太郎

印

接種を受けた人

(自署又は記名押印)

(被接種者との続柄: 本人)

TEL

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

被接種者氏名	聖籠 太郎		
被接種者生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
被接種者住所	聖籠町大字諏訪山825		
申請内容	別紙領収書のとおり		
振込指定機関	金融機関名	銀行・農協 聖籠 信組・信金 ・労金	口座番号等 普通 1234567 当座
	支店名	聖籠 本店・ _____ 支店	フリガナ セイロウ タロウ 口座名義人 聖籠 太郎

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署又は記名押印)

- 添付書類として母子健康手帳又は接種証明書など接種したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 \_\_\_\_\_ 円