

聖籠町予防接種料助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所 聖籠町大字
氏名
TEL

次のとおり予防接種料の助成を申請します。

予防接種を受けた者の氏名					
生年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
予 防 接 種 の 種 類	インフルエンザ 1,500円	1回目	1回目	1回目	1回目
		2回目	2回目	2回目	2回目
	おたふく風邪 2,000円	1回目	1回目	1回目	1回目
		2回目	2回目	2回目	2回目
	その他				
助成申請額		円	円	円	円
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（自署）_____

- 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

聖籠町予防接種料助成申請書

記入例

申請日
(今日の日付)

〇〇年〇〇月〇〇日

聖籠町長

原則、「申請者＝口座名義人」
となります。
例：（口座名義人）父親
→（申請者）父親
※子どもの口座に入れる場合は、
保護者の名前を書いてください。

申請者 住所 聖籠町大字諏訪山825
氏名 聖籠 太郎
(自署又は記名押印)
TEL 0254-27-6511

次のと

予防接種を受けた者の氏名	花子	一郎		
生年月日	XX年XX月XX日	XX年XX月XX日	年	
インフルエンザ 1,500円	1回目	1回目	1回目	1回目
	2回目	2回目	2回目	2回目
	1回目	1回目	1回目	1回目
おたふく風邪 2,000円	2回目	2回目	2回目	2回目
その他				
助成申請額	円	円	円	円
振込指定機関	金融機関名	聖籠	口座番号等	普通 1234567
	支店名	本店・聖籠支店	フリガナ	セイロウ タロウ
			口座名義人	聖籠 太郎

携帯電話でもOK。
連絡の取りやすい方を書いてください。

※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

子どもの口座に入れる場合は、こちらに
申請者の氏名を記入してください。

氏名

- 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