

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（皮下接種） 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
	インフルエンザ（点鼻接種） 3,000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
	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
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