

様式第1号 (第5条関係)

明和町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

明和町長あて

申請者 住所 明和町

氏名

電話

明和町おたふくかぜ予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

接種を受けた者	住所	明和町		
	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
	接種日	年 月 日	接種時年齢	歳 か月
	接種した医療機関等の名称			
	接種費用	円	助成決定額	円

助成金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店 出張所 所	預金種目	1 普通預金 2 当座預金
口座番号		口座名義人	(ふりがな)	

(注意)

1. 太枠内を記入してください。
2. 裏面に医療機関の領収書及び予防接種済証の写し又は母子健康手帳の写しを添付してください。

領収書・予防接種済証の写し又は母子健康手帳の写し 添付欄