

庄内町長 原 田 眞 樹 殿

県外予防接種費用助成金交付申請書

申請者 住所  
氏名  
電話

㊞

庄内町県外予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定により、必要書類を添えて次のとおり助成を申請します。

被接種者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
接種先	医療機関名			
	所在地			

1 申請額内訳

予防接種名	接種年月日	接種料金	申請額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
		合 計	円

2 助成金振込先

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協						本店・支店 出張所			
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号								
	※ゆうちょ銀行の場合	記 号	番 号								
	フリガナ										
	口座名義人										

(注) 申請者名義の口座を記載してください。

添付書類

- (1) 予防接種に係る領収書又は支払証明書
- (2) 予防接種予診票
- (3) 母子健康手帳、予防接種済証その他予防接種の記録が記載されているものの写し