

様式第 1 号（第 8 条関係）

定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

新地町長 様

（申請者）住所 新地町

氏名

（被接種者との続柄 ）

電話番号

（被接種者）住所 新地町

氏名

|       |   |
|-------|---|
| 支払請求額 | 円 |
|-------|---|

県外定期予防接種費用助成を受けたいので、新地町予防接種実施要綱第 8 条の規定により、次の書類を添えて、上記金額を請求します。

1 添付書類

（1）定期予防接種領収書等の写し

|          |                  |                   |
|----------|------------------|-------------------|
| 振込先金融機関名 | 銀行・金庫<br>農協・信用組合 | 本店・支店             |
| 預金種別     | 1. 普通 2. 当座      | （該当する方を○で囲んでください） |
| フリガナ     |                  |                   |
| 口座名義     |                  |                   |
| 口座番号     |                  |                   |

（注意事項）

① 訂正されるときは、訂正印（数字の訂正は不可）を押印してください。