

<記入例>



で囲んだところを記入してください。

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 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。