

定期予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

新地町長 大堀 武 様

(請求者) 住所 新地町
氏名 _____ 印
(被接種者との続柄)
(被接種者) 住所 新地町
氏名 _____

支払請求額	円
-------	---

定期予防接種費用助成事業に係るワクチン接種費用として、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		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 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ② 訂正されるときは、訂正印（数字の訂正は不可）を押印して下さい。