

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。