

<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。