

別記様式(第4条関係)

任意予防接種費用助成金申請書

年 月 日

揖斐川町長 様

任意予防接種を受けましたので、揖斐川町任意予防接種助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて助成金の申請をします。

記

申請者	氏名	予防接種を受けた方との続柄()					
	住所	〒 揖斐川町					
	電話						
予防接種を受けた方	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	揖斐川町				
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳 ヲ月)					
予防接種名	肺炎球菌 ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ インフルエンザ						
接種日	年 月 日						
申請額	円						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合					本店 支店 出張所
	預金種別						
	ふりがな						
	口座名義人						
	口座番号						

(添付書類) 予防接種を受けた証明となるものの写し
予防接種に係る領収書(原本)