

任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

矢祭町長あて

申請者(保護者) 氏名
住所
電話番号
対象者との続柄

矢祭町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり助成金を
請求します。

記

請 求 金 額	円						
対 象 者 (被 接 種 者)	ふりがな 氏名						
	生年月日	年 月 日					
	住所	矢祭町大字					
予 防 接 種 の 種 類	☐ インフルエンザ(小児) ☐ インフルエンザ(妊婦) ☐ おたふくかぜ						
振 込 先 金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・信用組合						支店・ 支所・本店
預 金 種 別	普通 ・ 当座						
口 座 番 号							
フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人							

【注 意 事 項】 予防接種を受けたことがわかる書類(母子健康手帳の予防接種欄又は予防接種
済証の写し)及び、領収証を添付してください。