

様式第1号（第4条関係）

度会町おたふくかぜワクチン接種費助成金交付申請書

年 月 日

度会町長 様

申請書 住 所 〒
度会町
氏 名
電話番号

印

度会町おたふくかぜ予防接種助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 申請額（請求額）： 円

2 被接種者氏名：

3 被接種者生年月日：

4 接種年月日： 年 月 日

5 接種医療機関名：

6 添付書類 おたふくかぜワクチン接種に係る領収書の原本
(被接種者名・接種日・金額が明記されたもの)

※領収書におたふくかぜワクチン接種の記載がない場合は母子健康手帳の予防接種記録の写しを併せて提出してください。

7 振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行	本店	普通		フリガナ
信用金庫	支店	当座		
農協	出張所	その他		

※振込先口座は、必ず申請者（保護者）の口座を記載してください