様式第３号（第７条関係）

度会町予防接種県外接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

度会町長　宛

度会町予防接種県外接種費用助成金の交付を受けたいので、度会町予防接種県外接種費用助成金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて申請します。

記

被接種者	フリガナ			
	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日		
	住　　所	度会町		
申請者（保護者）	氏　　名	㊞		
	続　　柄			
	住所及び電話番号	□被接種者と同居（記入不要）　□被接種者と別居（以下に記入） 日中連絡先電話番号 ―　―		
受けた予防接種	予防接種名	接種年月日	接種費用	助成金決定額
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		
	支店名	本店・支店 出張所		
	預金種別	普通　・　当座		
	口座番号			
	フリガナ 口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄により委任してください。

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者（申請者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

受任者（口座名義人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

添付書類　予診票（原本又は写し）・領収書（原本）

※　　記入欄　助成決定額　　円