

様式第 1 号 (第 4 条関係)

年 月 日

大紀町長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名 ⑩

電話番号

大紀町予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町予防接種費助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

被接種者名及び 申請者との続柄	続柄 ( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)
--------------------	--------	------	------------

接 種 年 月 日	接種を受けた予防接種名	接 種 金 額	※助成金額
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
※助 成 金 額		円	円

※ 助成金額はこちらで記入しますので、記入しないでください。

金融機関名			口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行	本店	種 別		
金庫	支店	当 座		
農協	出張所	普 通		

※ 口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一でお願いします。

※ 関係書類：予防接種領収書 (被接種者名・接種年月日・予防接種名が記名されたもの)