



大紀町おたふくかぜ予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大紀町長 様

申請者 住 所 〒
(保護者) 大紀町

氏 名 印
電話番号

大紀町おたふくかぜ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。

請求金額（助成金額合計） _____ 円

被接種者名及び請求内訳

ふりがな 被 接 種 者 名				
生 年 月 日		年 月 日		
回 数	実 施 医 療 機 関	接 種 年 月 日	接 種 金 額	助 成 金 額
1 回 目		年 月 日	円	円
2 回 目		年 月 日	円	円

※ 助成金額の上限は、1回につき3,000円です。

金 融 機 関 名			口 座 番 号	(フリガナ) 口 座 名 義 人
銀行 金庫 農協	本店	種 別		-----
	支店 出張所	普通 当座 その他		

※ 口座名義人は、申請者名と同一をお願いします。

※ 関係書類：おたふくかぜ予防接種領収書（被接種者名・接種日・金額・「おたふくかぜ予防接種」と明記されたもの）の原本