

御浜町おたふくかぜワクチン予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

御浜町長 宛て

申請者 住所 御浜町大字  
氏名  
電話番号

㊞

御浜町おたふくかぜワクチン予防接種費補助金の交付を受けたいので、交付要綱第 4 条の規定により申請します。

被 接 種 者 氏 名	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日
任意の予防接種を受けた年月日	年 月 日
任意の予防接種を受けた医療機関名	
任 意 の 予 防 接 種 名	おたふくかぜワクチン予防接種
任 意 の 予 防 接 種 料 金	¥
交 付 申 請 額	¥

(添付書類)

- 1 医療機関発行の領収書の写し若しくはそれに代わるもの
- 2 任意予防接種済証の写し若しくはそれに代わるもの

振込先金融機関等

銀行コード		支店コード	
銀 行 名		支 店 名	
口 座 種 類		口 座 番 号	
ふ り が な			
口 座 名 義 人			