

(様式1)

児童任意予防接種費助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

阿南町長 様

申請者(保護者)
住 所 阿南町

氏 名 ㊞

連絡先 ()

任意予防接種費 おたふくかぜ ワクチン予防接種助成金の交付を受けたいので、
領収書及び接種済証の写しを添えて請求します。

接 種 者	住所	下伊那郡阿南町			番地(行政区)		
	氏名		生 年 月 日	H・R	年	月	日(歳)
				H・R	年	月	日(歳)
				H・R	年	月	日(歳)
医療機関名							
接 種 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
予防接種料金(消費税込)				円			
助成金交付申請額				円			
振 込 先 金融機関	銀行 信金 農協	フリガナ 口座名義人					
	支店・支所	口座番号	普通 ・ 当座				

- ・ 申請者以外の口座振込希望の場合は、下記に申請者名を記入し押印してください。
- ・ 口座名義人が申請者本人の場合は記入不要です。

支給される助成金の受領については、上記口座名義人に委任します。

申請者 氏 名 _____ ㊞

【町記入欄】

助成金交付決定金額	円
-----------	---

- 注 意
- (1) 太枠の中を記入してください。
 - (2) 領収書(正本)と母子手帳の写しを添付してください。