

上川町任意予防接種費用助成交付申請書

年 月 日

上 川 町 長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

以下のとおり、任意予防接種費用の助成交付を申請します。

予防接種名								
予防接種を受けた方	(フリガナ)	(生年月日)						
	(氏名)	年	月	日	生			
	(年齢： 歳 カ月)							
申請者との続柄								
保護者	(氏名)	(生年月日)						
		年	月	日	生			
予防接種した医療機関名	(名称)						接種料金	円
	(住所)							
	(電話番号)	—	—					
振込先金融機関	銀行・信金・農協 ゆうちょ銀行 本店・支店 出張所	口座の種類	普通 ・ 当座					
		口座番号 (右詰め)						
		フリガナ 口座名義人						

- 注 1. 申請者の「氏名」欄を申請者本人が署名した場合は、押印は不要です。
 2. 次の書類を添付してください。
 (1) 医療機関が発行した領収書（写しでも可）
 (2) 医療機関が発行した予防接種を受けたことを証明できる書類の写し