

様式第3号（第8条関係）

海田町予防接種費用助成申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者氏名 _____

(※被接種者が18歳未満の場合、保護者が申請者となります。)

関係書類を添えて、次のとおり予防接種の費用助成を申請します。

	氏名	生年月日	
フリガナ 被接種者		年 月 日	
フリガナ 保護者		続柄	
住所	海田町 電話 ()		
予防接種の種類 及び 接種年月日	予防接種の種類	接種年月日	
接種医療機関の名称 及び所在地	別紙 予防接種予診票のとおり		
公費負担申請額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 店 所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな)
			口座名義人
口座番号			

※ 医療機関に支払った領収書及び予診票を添付してください。

※ 公費負担の額は、本町の規定の額を上限額とします。

※ 振込先は、申請者名義の口座とします。