

第1号様式（第10条関係）

定期予防接種助成金給付申請書

年 月 日

九重町長 殿

住所 九重町
 申請者 氏名 印
 （被接種者との続柄）
 電話

九重町予防接種実施要綱第10条の規定により、予防接種費用の給付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 予防接種を受けた者

住所	九重町	生年月日	年 月 日 （ 歳 ヶ月）
氏名		性別	男 ・ 女

2 接種費用 計 円
 （内訳）

	予防接種名	接種年月日	接種医療機関	金額
①				
②				
③				
④				

（添付書類）

- 1 定期予防接種の費用の支払を証する領収書
- 2 予診票又は定期予防接種を受けたことを証する書類

<振込先口座>

口座振込先	金融機関名	支店名
金融機関名	口座種別 普通・当座	口座番号
(フリガナ)		
口座名義		

【以下は、町記入欄ですので記入しないでください。】

受付年月日	年 月 日		
給付決定年月日	年 月 日	給付決定額	円