

別記様式第1号(第5条関係)

中之条町任意予防接種補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

中之条町長 様

申請者 住所 中之条町大字 番地
氏名 印
(記名押印又は自署による署名)
電話

中之条町任意予防接種補助金交付要綱第5条の規定により、中之条町任意予防接種費用補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

予防接種の種類	帯状疱疹(生水痘ワクチン・不活化帯状疱疹ワクチン)		
補助金交付申請額	金 円		
接種を受けた者の氏名	申請者との続柄	生年月日	年齢
		昭和 年 月 日	
接種を受けた者の住所	中之条町大字		
医療機関名	接種日	接種費用	
	①令和 年 月 日	円	
	②令和 年 月 日		

振込先 金融機関		銀行 農協 金庫 信用組合		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

※医療機関発行の領収書(原本)
※接種済証または予診票の写し。

※ゆうちょの場合は通帳を持参してください。