様式第１号（第４条関係）

　　　　度会町おたふくかぜワクチン接種費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

度会町長　様

申請書　住　　所　〒

度会町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

度会町おたふくかぜ予防接種助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

１　申請額（請求額）：　　　　　　　　　　　　円

２　被接種者氏名：

３　被接種者生年月日：

４　接種年月日：　　　　　　　年　　月　　日

５　接種医療機関名：

６　添付書類　　　おたふくかぜワクチン接種に係る領収書の原本

　　　　　　　　（被接種者名・接種日・金額が明記されたもの）

　　　　　　　　　※領収書におたふくかぜワクチン接種の記載がない場合は母子

健康手帳の予防接種記録の写しを併せて提出してください。

７　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀　　行  信用金庫  農　　協 | 本店  支店  出張所 | 普　通  当　座  その他 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

※振込先口座は、必ず申請者（保護者）の口座を記載してください