

# 定期予防接種費助成申請書

年 月 日

幌加内町長 様

申請者

住所 幌加内町字

氏名 ㊞

被接種者との関係

定期予防接種費用の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者	住所	幌加内町字			
	氏名	( 男 ・ 女 )			
	生年月日	年 月 日			
保護者氏名		( 電話 )			
接種した 病院	所在地				
	名称				
接種実績	接種日	予防接種種類	内容(回数)	自己負担額	
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
申請合計額		円			

振込先

金融機関名	銀行・信金・農協
支店名	支店・本店
口座番号(種別)	(普通・当座)
口座名(カタカナで記入)	

※ 申請の際には、必ず医療機関で発行された領収書の写し及び予診票を添付してください。