

予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

西川町長 菅野 大志 様

申請者

住 所 西川町大字

氏 名 印

(被接種者との関係)

下記のとおり、予防接種費の助成を申請します。

助成申請額 円

被接種者氏名		生年月日	令和 年 月 日	生
被接種者住所	西川町大字			
予防接種種類及び 接種日並びに接種 費用	接種種類・回数	接種日	接種費用 (※1)	町設定接種費用 (※2)
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
		令和 年 月 日		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 本店・支店・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		
	フリガナ 口座名義人			
	口座番号			

※助成申請額は、接種費用 (※1) と町の定める接種費用 (※2) のいずれか少ない額の合計を記入してください。

※振込先の情報は正確に記載してください。