

(様式第2号)

令和 年 月 日

西川町任意予防接種費用助成金交付申請書

西川町長 菅野 大志 様

住 所 西川町大字

氏 名

(電話番号:)

西川町任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、予防接種の実費負担について、下記の金額の支給を申請します。

請求金額 2,000円

予防接種名称	接種者氏名	接種年月日
インフルエンザ		令和 年 月 日

*口座振込先 (申請者ご本人の口座をご記入ください)

口座振替 (送金) 払い依頼				
振替先	フリガナ		フリガナ	
	金融機関名	銀行 農協	店 舗 名	支店・支所 出張所
	フリガナ			
	口 座 名 義			
	口 座 種 別	普通 ・ 当座		
	口 座 番 号			

※インフルエンザ予防接種の領収書の写しを添付してください。

※領収書に「インフルエンザ予防接種」の記載がない場合は、接種済証または母子健康手帳予防接種の記録欄の写しも添付してください。