

美郷町小児任意予防接種費用助成金交付申請書(兼請求書)

年 月 日

美郷町長 殿

下記のとおり、小児任意予防接種等にかかる助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて申請(請求)します。

記

住 所	美郷町		
フリガナ		電 話 番 号	
申請者氏名 (保護者)	印		

フリガナ		生 年 月 日	
接種対象児 氏名		年 月 日 (歳 ヶ月)	

おたふくかぜ予防接種

接 種 日	接種医療機関名	公費負担額
年 月 日		円

請求金額	円
------	---

※ 申請時に必要なもの

- 1. 母子健康手帳、または予防接種の接種確認ができる書類
- 2. 医療機関の発行する領収書や明細書

振 込 先	金融機関名	銀行 ・ 信金 農協 ・ 金庫		本店 ・ 支所 支店 ・ 出張所
	種 類	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

(申請者と口座名義人が違う場合に記入)

(あて先)美郷町会計管理者

受領委任者 印

(申請者)

小児任意予防接種助成金を上記口座へ振り込んでください。