

様式第3号(第5条関係)

定期予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者住所

氏名

印

下記のとおり、定期予防接種を受けたので、横瀬町定期予防接種費用補助金交付要綱第5条第3項の規定により、補助金の交付を申請します。

記

1 被接種者及び接種医療機関

| | | | | | |
|--------|----|--|-----|----------|------------------|
| 被接種者 | 氏名 | | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 (歳 箇月) |
| | 住所 | | | 電話 | () |
| 接種医療機関 | | | | | |
| 所在地 | | | 電話 | () | |

2 予防接種名と接種費用

| 予防接種名 | 接種日 | 接種費用 |
|-------|-------|------|
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |

3 補助金振込先

| | | | | |
|----------------|--------------|--|------|--|
| 振込先 (申請者名義) | 金融機関名 | | 支店名 | |
| | 預金種別 | | 口座番号 | |
| | フリガナ 口座名義 | | | |