

白浜町長 様

予防接種費用助成金支給申請書

白浜町予防接種事業実施要綱に基づき、予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (口座名義人と同一)	住所	〒 白浜町 電話番号					
	氏名	(印)					
対象者 (接種者)	住所	白浜町					
	氏名	申請者との続柄 ()					
	生年月日	年	月	日	(歳)		
	性別	男 ・ 女					
予防接種を受けた年月日		年	月	日			
予防接種を受けた医療機関名							
予防接種名、接種回数		(回目)					
支給申請額		円 (生活保護受給の有・無)					
振込先	銀行等	銀行 (農協・金庫)				本店・支店	
		普通・当座・貯蓄・その他 ()					
	口座番号						
	ゆうちょ銀行	記号				番号	
	口座名義人 (申請者と同一)						

添付書類

- (1) 予防接種に係る領収書 (接種者の氏名が記載されたもの)
- (2) その他町長が必要と認める書類