

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

五霞町長 様

申請者 住所 五霞町
氏名
連絡先（電話）

五霞町小児任意予防接種助成金助成申請書兼請求書

五霞町小児任意予防接種費用助成要綱（令和6年五霞町告示第●号）第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。また、助成を決定したときは、次に指定する口座に助成金を振り込んでください。

接種対象者 氏名		生年月日	年 月 日
接種対象者 住所	五霞町	医療機関	
小児任意予防 接種の種類 ※該当する箇所 を丸で囲んで ください。	インフルエンザ おたふくかぜ		
助成金の申請額	円		

金融機関名	銀行・農協			支店
種別	当座・普通	口座番号
フリガナ 口座名義人			

- 添付書類 1) 医療機関が発行した領収書
2) 予診票の写し