五霞町長 様

申請者(保護者)
住 所 五霞町
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

五霞町予防接種費用助成金交付申請書

五霞町予防接種費用助成金交付要綱(平成 26 年五霞町告示第 88 号)第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

被接種者住所	五霞町		
被接種者氏名		男	女
生 年 月 日	年	月	日 (歳)
接 種 日	年	月	日
ワクチン名			
医療機関等 (住所・名称)			

※予防接種が確認できる領収書を添付してください。

2 助成金交付申請額 _____ 円

3 助成金の振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通	当座	その他 ()
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			