支給決定伺	町長	副町長	課長	主査	課長補佐	係長	係	受付

予防接種費助成申請書

被接種者		生年月日	
住　　所	川本町大字		
予防接種名		接種日	
支払費用額		申請額	
医療機関名及び住所			

金融機関	金融機関名 （　　） 支店名 （　　）	預金の種別	普通預金 当座預金	口座名義（カタカナ） 口座番号

上記医療機関（主治医）に於いて予防接種を受けたので領収書を添付し申請します。尚、振り込みは上記の金融機関へお願いいたします。

年　　月　　日

住所　川本町大字

電話番号

氏名　　印

川　本　町　長　　様

※予診票・領収書のコピーを添付して下さい。

支給決定伺	町長	副町長	課長	主査	課長補佐			受付

記入例

予防接種費助成申請書

被接種者	川本　太郎	生年月日	令和●年●月●日
住　　所	川本町大字　△△△番地△・・・		
予防接種名	ヒブワクチン	接種日	令和●年●月●日
支払費用額	○○○円	申請額	
医療機関名及び住所	××病院 ○○県△△△市・・・		

金融機関	金融機関名 （　　） 支店名 （	預金別	普通預金	口座名義（カタカナ） 口座番号

入金を希望する口座をご記入ください。

上記医療機関（主治医）に於いて予防接種を受けたので領収書を添付し申請します。尚、振り込みは上記の金融機関へお願いいたします。

年　　月　　日

住所　川本町大字　△△△番地△・・・

電話番号 090-0000-0000

氏名　川本　太郎　　印

川　本　町　長　　様

被接種者と同じ名前を記入

被接種者が未成年の場合は保護者の住所・名前を記入

※予診票・領収書のコピーを添付して下さい。