|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。