

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 ()	預金の種別	普通預金	口座名義 (カタカナ)	
	支店名 ()		当座預金	口座番号	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 川本町大字</p> <p>電話番号 _____</p> <p>氏名 _____ 印</p> <p>川 本 町 長 様</p>					

※予診票（写し可）・領収書（原本）を添付して下さい。