予防接種費助成申請書

塩谷町長様

平成 年 月 日

住所 塩谷町大字 申請者氏名

番地 印

		塩谷町大字				被接種者との続柄			
住	所				番地				
	18.1								
フリガナ									
氏	名								
・ フリガナ						<u> </u>	主年月日		
氏 名					(男・女)	至	₹ 月	日	
				口座の		-	フリガナ	•	
座	金融	機関名	支店名	種 類	口座番号		口座名義		
·h									
t				普 通					
				当座					
	フリ 氏 アル 氏 座ん	氏 名	住所 フリガナ 氏名 フリガナ 氏名 を会議機関名 ため	住所 フリガナ 氏名 フリガナ 氏名 を名 を会	住所 フリガナ 氏名 フリガナ 氏名 シリガナ 氏名 <u>本融機関名</u> <u>支店名</u> <u>口座の</u> 種類	住所 番地 フリガナ 氏名 フリガナ 氏名 (男・女) 座 金融機関名 支店名 種類 口座番号	住所 番地 フリガナ 生 氏名 (男・女) 座 金融機関名 支店名 口座の 種類 口座番号 か。 普通	住所 番地 プリガナ 生年月日 氏名 (男・女) 年月 医名 全融機関名 支店名 口座の 種類 口座番号 フリガナ 口座名義 ・んさ 普通	

^{*} この申請書には、医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

接種済票(医療機関で記入してください。)

接	所在地		接種日		年	月	日
?種医療機関	名 称 代表者 氏 名	ED	予防接種の種類	1 2 3 4 5	麻しん風しん混 (第1期	合ワクチ · 第2期 ン	月)

ここからは記入しないでください。

26% 318HD (0.84) 6 (1664)									
	課長	課長補佐	係 長	係	受 付	年	月	日	
決					伺	年	月	日	
裁					決定	年	月	日	
					支 給	年	月	日	
					不承認				
審	接種年齢		承認						
查									
	接種済		不承認の理由						
	助成対象者		支給金額					円	