

おたふくかぜワクチン接種助成金請求書

北栄町長 様

次のとおり、おたふくかぜワクチン接種助成金を請求します。
また、助成金の支給決定にあたり住民登録等を調査されることに同意します。

住 所 _____

請求者 氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

請 求 金 額	3, 0 0 0 円
---------	------------

接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関名
接種支払額	助 成 額	
円	3, 0 0 0 円	
被 接 種 者	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

※ 添付書類

- ① 医療機関が発行する領収書、又はその写し。
- ② 接種を証する書類（母子健康手帳又はワクチン接種済証等の写し）

北栄町会計管理者 様

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・その他 ()	(ふりがな)	()
	口座番号		口座名義人	