

# 任意予防接種費用助成償還払い申請書

フリガナ		住 所	府中町
被接種者 (予防接種をした方)			
生 年 月 日	年 月 日生	接種年月日	令和 年 月 日
予防接種の種類	おたふくかぜ	支払金額	円
接種医療機関の 名称及び所在地	別紙 予防接種予診票のとおり	添付書類確認後、チェック	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予防接種予診票 <input type="checkbox"/> その他( )		

府 中 町 長

上記のとおり、関係書類を添えて任意予防接種の費用助成を申請します。

令和 年 月 日 申請日

(住所) 〒

申請者

(氏名)

(電話番号)

印

(被接種者との続柄)

申請者本人と口座名義人が異なる場合  
委任状(様式有)が必要です。

任意予防接種の費用助成を下記の口座に振り込んでください。

(申請者本人の口座を指定してください。)

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	郵便局の場合は 3ケタの漢数字	本店 支店 出張所	種目	普通預金 当座預金 その他
口座番号	右詰め	フリガナ	口座名義人		

**町記入欄**

助成決定 年月日		債権者 コード		確認者
助成金額	円			
支払金額	円	< > =	助成金額 上限	

受付印