

様式第1号（第6条関係）

美里町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
(接種対象者との続柄： )

美里町おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、美里町おたふくかぜ予防接種費用助成要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請内容を確認するため、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

接種対象者	住 所	美里町
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
接種医療機関名		
接 種 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日
申請額兼請求額		円

※接種年月日の回数は、該当するものに☑してください。

振込先

振込先金融機関	銀 行・信用組合 農業協同組合・信用金庫		本店 支店
	種 別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類（予防接種名が分かるもの）
- (2) 接種費用に係る領収書