

川上村任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

川上村長 殿

申請者氏名

住所 川上村大字

電話番号

印

川上村任意予防接種費助成金の交付を受けたいので、任意予防接種費助成金の交付申請と請求をします。

予防接種・抗体検査を受けた者の氏名			
予防接種・抗体検査を受けた者の生年月日		年	月 日
予防接種・抗体検査を受けた年月日		年	月 日
予防接種・抗体検査を受けた医療機関名			
該当するものに○をつけてください 予防接種：おたふくかぜ・水痘・風疹・インフルエンザ 抗体検査：水痘・風疹			
予防接種・抗体検査の接種金額		円	
助成金額（※記入しないでください）		円	
助成金の 振込先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	支店・支所 出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		

- 添付書類
- 1、医療機関発行の領収書
 - 2、就学前の児は母子健康手帳、それ以外の者は予防接種済証等
 - 3、振込先のわかるもの（通帳のコピー等）