

琴浦町任意予防接種助成金請求書

年 月 日

琴浦町長 様

住 所
請求者 氏 名
電話番号 _____

次のとおり麻しん風しん混合予防接種助成金を請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

1 回 目	接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	助成金額 接種金額の2/3（上限8,000円） ※100円未満の端数は切捨て	
円	円		
2 回 目	接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	助成金額 接種金額の2/3（上限8,000円） ※100円未満の端数は切捨て	
円	円		
3 回 目	接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	助成金額 接種金額の2/3（上限8,000円） ※100円未満の端数は切捨て	
円	円		
対象となる者		(ふりがな)	
		氏 名	
		生年月日	年 月 日

助成金は、次の口座に振り込んでください。

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 _____

確認印