

琴浦町定期予防接種助成金請求書

年 月 日

琴浦町長 様

住 所 琴浦町大字
請求者 氏 名 ⑩
被接種者との続柄（ ）
電話番号 _____

次のとおり、琴浦町定期予防接種助成金を請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

定期予防接種種類	带状疱疹予防接種	定期接種実施医療機関
定期予防接種実施日	年 月 日	
支 払 額	円	
助 成 限 度 額	円	
助 成 対 象 者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	琴浦町大字

添付書類

医療機関が発行する領収書（または定期予防接種実施証明書）・予診票

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 _____