

大槌町広域予防接種助成金申請書兼請求書

年 月 日

大 槌 町 長 様

申 請 者 住所
氏名
連絡先
(接種者との関係)

大槌町予防接種実施要綱に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

接種者	住所	岩手県上閉伊郡大槌町
	滞在先	
	氏名	
	電話番号	
実施予防接種名		
医療機関名		
医療機関所在地		
実施費用額		
助成額 ※町が記入します。		

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
銀行 金庫 農協 漁協		普通		(フリガナ)
		当座		
ゆうちょ銀行 (郵便局) (通常貯蓄貯金への振込はできません)	店番		口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
				(フリガナ)

◎添付書類
領収書 (写し)
予診票 (原本または写し) 又は 母子健康手帳の予防接種の記録ページの写し
通帳またはカードの写し