

様式第1号

予防接種費助成申請書兼請求書

予防接種を受けた者	住 所	那珂川町
	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	電 話 番 号	
予防接種を受けた日	平成 年 月 日	
予 防 接 種 の 種 類	三種 (ジフテリア・百日咳・破傷風) 混合・二種 (ジフテリア・破傷風) 混合 麻しん風しん混合・日本脳炎・BCG・高齢者肺炎球菌ワクチン (接種をうけたものに○をつける)	
予防接種医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	円	
振 込 金 融 機 関 名	() 銀行・農協・信組	支店
(ふ り が な)		
<input type="checkbox"/> 座 名 義	(被接種者)	
<input type="checkbox"/> 座 種 別	普通 当座	
<input type="checkbox"/> 座 番 号		

※ 予防接種予診票・接種券・領収書を添付してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

平成 年 月 日

那珂川町長 様

被接種者

印

町記入欄

助 成 決 定 額	円
-----------	---