

様式第1号(第6条関係)

県外医療機関等における予防接種費助成申請書

予防接種を受けた者	住所	上板町		
	フリガナ 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
予防接種を受けた医療機関	所在地			
	名称			
予防接種の内容と接種日		平成	年	月 日
予防接種の内容と接種日		平成	年	月 日
予防接種の内容と接種日		平成	年	月 日
予防接種の内容と接種日		平成	年	月 日
予防接種の内容と接種日		平成	年	月 日

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

上板町長 殿

申請書(受診者) 住所 上板町  
 氏名 印  
 代理人氏名 印  
 (受診者との関係 )  
 電話

上記請求による予防接種費助成金を下記の口座に振り込みを依頼します。

銀行・金庫・農協		本店・支店・支所・出張所	
預金種別	口座番号	口座名義人	名義人フリガナ
1. 普通貯金			
2. 当座預金			