

様式第1号 (第5条関係)

風しん予防接種費助成申請書

申請者 (被接種者)	住所	上板町		
	フリガナ 氏名			
	生年月日	年	月	日
接種医療機関	名称			
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン			
接種日	年	月	日	支払額 円
助成金	円			※助成の金額は、麻しん風しん混合ワクチン5,000円、 風しん単抗原ワクチン3,500円とし、接種費用がこの金額に満たない場合は実際の接種費用を助成する。
*支払額は、別紙領収書のとおり				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、助成金の請求を健康推進課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申請者                  住所 上板町</p> <p style="text-align: center;">氏名                                  ㊞</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: left;">上板町長 殿</p>				

(振込口座)

金融機関名			支店・支所名	
預金種別	普通    ・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				