

様式第1号（第5条関係）

おたふくかぜ予防接種費助成金請求書

年 月 日

三朝町長 様

住 所
請求者 氏 名 ㊟
被接種者との続柄 ()
電話番号 _____

次のとおりおたふくかぜ予防接種費助成金を請求します。

請 求 金 額	円
---------	---

接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関
接 種 金 額	左記接種金額の1/2 (100円未満の端数は切捨て) 上限3,000円	
円	円	
被接種者	(ふりがな) 氏 名	年 月 日
	生年月日	

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 () _____

口座番号 _____ (ふりがな)
口座名義人 _____

担当者確認印

会計管理者 様