

東松山市定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東松山市長 宛て

申請者 郵便番号 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____ () _____

東松山市定期予防接種費用助成要綱第条第1項の規定により次のとおり申請（請求）
 します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込を希望します。

1 申請理由 _____

2 請求金額及び接種内容等

予防接種の種類	接種年月日	接種回数（回）	請求額（円）
請求金額合計			円

接種した医療機関	名 称
	所在地 〒

3 接種対象者の氏名、生年月日

氏 名	
生年月日	年 月 日生まれ

4 振込先

振込先金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合										支店	
	預金種目	普通・当座	口座番号									
	フリガナ											
	口座名義人											

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に、記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、定期予防接種費用助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 申請者氏名 印
--