

予防接種費助成金交付申請書

筑後市長 様

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 （被接種者との続柄： \_\_\_\_\_）  
 電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、予防接種費助成金の交付を受けたいので、筑後市予防接種費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

被接種者	氏名			生年月日	年 月 日
	住所				
助成金の振込先	金融機関名			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				
接種医療機関	医療機関名				住所

※ 振込先は、申請者の口座になります。

【 筑後市外で接種した予防接種 】

予防接種の種類	接種年月日	接種費用	委託契約額	助成金申請額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
助成金申請合計額				円