

様式第3号

乳幼児等予防接種費用助成申請書

年 月 日

申請先 熊取町長

住 所 熊取町 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

予防接種を受けましたので、次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

予防接種名			
接種日	年 月 日	個人負担額	円
被接種者名	男女	生年月日	年 月 日生
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合		口座名義 フリガナ
	支店・支所		
	種別	普通 ・ 当座	口座番号

添付書類（申請書と一緒に提出して下さい。）

- 1 予防接種を行った医療機関の発行する領収書及び明細書
- 2 本町が交付した予診票（熊取町保存用）

※以下は記入しないで下さい。

住民の有無	個人負担額	助成基準額	助成決定額
有 ・ 無	円	委託料： 円	円