

様式第1号(1)(第5条関係)

寄居町予防接種補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

寄居町長

申請者(保護者) 住所 寄居町大字 _____

氏名 _____ ㊟

被接種者との続柄 _____

電話 _____

下記のとおり予防接種補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、予防接種補助金については、下記口座への振り込みを希望します。

記

被接種者	住 所	寄居町大字		
	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 (歳 ヲ月)
契約医療機関以外で接種した理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が他の市区町村にあるため <input type="checkbox"/> 帰省先、滞在先などで接種を受けた <input type="checkbox"/> 重症疾患児、超未熟児や先天性免疫不全等で主治医が他の市区町村にいるため <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種の種類				
予防接種年月日	年	月	日	
接種医療機関名				
※申請(請求)金額	円			
振 込 先	金融機関名			
	本・支店名	本店	・	支店
	預金種別	普通	・	当座
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			
※添付書類	<input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 予防接種料金の支払額を証する領収書 <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できるもの			
※受付年月日	年	月	日	第 号

※欄は記入しないでください。