

別記様式第1号（第4条関係）

浜中町おたふくかぜ予防接種料助成申請書

年 月 日

浜中町長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
電 話

おたふくかぜ予防接種料の助成を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

被接種者	氏 名		生年月日	年 月 日 (接種日における年齢 満 歳)	
	住 所				
接種日		年 月 日	接種料金	円	
接種医療機関					
振込口座	金融機関名			支店名	
	口座種別	1 普通 2 当座	口座 番号	口座 名義	

※この申請書には、母子健康手帳（予防接種の記録欄）の写しと領収書または、予防接種に要した費用の確認ができる書類（ワクチンの名前がわかるもの）を添付してください。