

第 1 号様式（第 7 条関係）

任意予防接種助成申請書

年 月 日

幌 加 内 町 長 様

申請者

住 所 幌加内町字

氏 名 印

被接種者との関係

任意予防接種費用の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	住 所	幌加内町字			
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	電話番号				
接種した 病院	所在地				
	名 称				
接種実績	接種日	予防接種種類	接種費用	助成金額	
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
申請合計額	円				

振込先

金融機関名	銀行・信金・農協
支店名	支店・本店
口座番号（種別）	（普通・当座）
口座名（カタカナで記入）	

※ 申請の際には、必ず医療機関で発行された領収書の写しを添付してください。