

大台町県外予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

大台町長 様

申請者

住 所 大台町

氏 名

(接種者との続柄 )

電話番号

大台町県外予防接種費助成金の交付を受けたいので、大台町県外予防接種費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

助成申請額 _____ 円
---------------

\*別紙 助成申請額算出表の助成申請額の合計を記入してください。

接種者氏名			
生年月日			
振込先	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	
種 別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	( )		

\*振込先の情報は正確に記載してください。

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。