

様式第3号（第8条関係）

予防接種費用助成申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者（保護者）

住所 〒 宝達志水町

氏名 ④

（被接種者との続柄）

電話

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

助成申請額 金 _____ 円

被接種者 (予防接種を 受けた人)	住所	宝達志水町
	氏名	(歳)
	生年月日	

振込先	銀行 ・ 金庫		支店 ・ 支所				
	農協 ・ 組合		本店 出張所				
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通					フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 当座					口座名義人	

