

様式第1号（第5条関係）

広尾町定期予防接種費助成金交付申請書

フリガナ			
被接種者氏名			
生年月日	年 月 日生（ 歳 か月 ）	性別	男・女
世帯主(保護者氏名)			
住 所	〒 電話番号		
予防接種名			
接種年月日	年 月 日		
予 防 接 種 実施機関名			
申 請 金 額	金 円		
広 尾 町 長 様 上記のとおり領収書と接種済証（写し可）等を添えて、予防接種費助成金の交付を申請します。 年 月 日 住所 申請者 被接種者との関係 電話番号 氏名 （ ）			

<振込先金融機関>

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義

注 必ずフリガナをつけてください。

受 付 印