|  |
| --- |
| 様式第１号（第５条関係） |
| 　　年　　　月　　　日 高森町長　草　村　大　成　様　　　請求者（保護者）　　　　　　　　　　　　　　　住所　高森町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　電話番号（　　　　　－　　　　－　　　　　　） 高森町任意ワクチン予防接種に係る補助金交付請求書下記のとおり予防接種を受けましたので、高森町任意ワクチン予防接種補助金交付要綱第５条に基づき、必要書類を添えて補助金交付を請求します。記　　　　　　　　１　被接種者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　２　生 年 月 日：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　３　接 種 料 金：　　　　　　　　　　　　　　円　　　　４　接　種　日：　　令和　　　年　　　月　　　　日 　　５　予防接種の種類：　　　　　　　　　　　（　　回目） 【振込先】 |
| 住所 |  | ふりがな口座名義 |  |
| 金融機関名 |  | 口座番号 普通・当座 　　　 号 |
| ゆうちょ銀行 | 記号　　　　　　　　　　　番号 |
| 被接種者との続柄 |  | 備考 |  |

※申請〆切は、接種日が属する会計年度の末日までです。以降は受付できません。

添付書類　□母子手帳の写しまたは接種済証等の接種履歴が分かるもの

□領収書(原本)