|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)