

様式第3号 (第6条関係)

年 月 日

天龍村带状疱疹予防接種費助成金交付申請書兼請求書

天龍村長 様

申請者 住所 天龍村

氏名

印

(被接種者との関係

)

天龍村带状疱疹予防接種費助成金の交付を次のとおり請求します。

助成対象者 (被接種者)	氏 名				
	生 年 月 日				
	住 所	天龍村			
	電 話 番 号				
接種状況	接種実施年月日	年 月 日	年 月 日		
	接種医療機関名				
申請額	円				
添付書類	医療機関発行の領収書				
振 込 先	金融機関名			支店名	
	種 別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

交 付 決 定 額	この欄は、記入しないでください。(村使用欄)	円
-----------	------------------------	---