

年 月 日

天龍村おたふくかぜ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

)

天龍村おたふくかぜ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			
	保 護 者 名			
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
-----------	------------------------	---