

定期予防接種費用助成請求書

令和 年 月 日

山都町長（宛）

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(被接種者との続柄 \_\_\_\_\_ )  
連絡先 \_\_\_\_\_

定期予防接種費用として、下記の金額を交付されるよう請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

定期予防接種費用助成金を下記の口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

口座振込依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※振込先の情報は正確に記載して下さい。

振込先の口座名義人は申請者と同一の方として下さい。