

年 月 日

高森町長 様

請求者（保護者）

住所 高森町大字 _____

氏名 _____ 印

電話番号（ _____ - _____ - _____ ）

定期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、補助金交付を請求します。

記

予防接種証明書

次の接種料金で別添「予防接種証明証」（写し可）のとおり接種したことを証明します。

■被接種者氏名：	医療機関記入欄
■生年月日：	
■予防接種の種類：	
■接種料金：	
年 月 日	
住 所	
医療機関名	
代表者名	印

【振込先】

金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店
	()		出張所
口座番号	普通・当座	フリガナ	口座名義人

ゆうちょ銀行	記号	1	番号																
フリガナ	口座名義人																		

添付書類 接種証明書 または 母子手帳の写し等
 領収書（医療機関記入欄に記載がない場合に限る）