

任意予防接種助成申請書

年 月 日

佐用町長 様

申請者 住所

氏名

TEL

佐用町任意予防接種助成事業について、下記の内容を実施しましたので、任意予防接種料の助成を申請します。

記

予防接種の種類	麻しん風しん混合ワクチン・風しんワクチン	
申請額	金 円	
接種日	年 月 日	
予防接種を受けた医療機関	住所	
	医療機関名	
振込指定金融機関	金融機関名	
	本店・支店名	
	口座種類	
	口座名義人	
	口座番号	

(注) 申請書提出時に領収書と接種済証を持参して下さい。