様式第１号（第５条関係）

おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

上松町長　　様

住　　所　上松町
申請者　氏　　名
電話番号

おたふくかぜ予防接種費用について、助成金の交付を申請・請求します。なお、申請内容等について町備付けの公簿等により確認することに同意します。

金　額	円

被接種者	ふりがな		性別
	氏　　名		男・女
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	
	住　　所	・上松町　　番地 ・申請者と同じ	
申請者との続柄			
予防接種の回数 （該当するものに○を付けて下さい。）		・１回目	
		・２回目	
接種実施医療機関名			

※医療機関の領収証書を添付してください。

助成金は、次の口座に振り込んで下さい。			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通・その他（　　）	口座番号	
(ふりがな) 口座名義人	（　　）		