

様式 2 （第 7 条関係）

予防接種助成金請求書

予 防 接 種 名	任意インフルエンザ予防接種		
被 接 種 者 名			
接 種 年 月 日			
請 求 金 額	円		
接種医療機関	名 称		
	所在地		
請 求 の 理 由			
川 俣 町 長 様			
上記のとおり、予防接種助成金を別紙予診票等を添えて請求いたします。			
年 月 日			
住所 川俣町			
現在の居住地			
申請者（保護者）氏名			
電話番号			

予防接種助成金支払決定伺			
下記のとおり決定してもよろしいか伺います。			
請 求 金 額	円	審査結果の増減額	円
支払決定金額	円		
課 長	課 長 補 佐	係 長	係 員

振 込 先 金融機関名	本・支店名	預金の種類	(フリガナ) 口座名義	口座番号
銀行 金庫 農協	店	普通 当座		