

任意予防接種費助成申請書 令和 年 月 日 高根沢町長 神林 秀治 様 (申請者) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者 住 所 高根沢町 氏 名 電話番号										
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日							
	氏 名		年 月 日 (満 歳)							
振込先 金融機関名		銀行 本店 農協 支店 信用組合 支所 信用金庫	種別	普通 ・ 当座						
			口座番号							
			ふりがな							
			口座名義							

※上記医療機関に支払った額の領収書（レシート不可）と予診票を添付してください。
(以下、事務局使用欄)

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和	年	月	日
					決定	令和	年	月	日
					支給日	令和	年	月	日
審 査 結 果	1 承 認				接 種 料 金		円		
	2 不承認（理由				支 給 金 額 （助成額）		円		

※限度額を超えた分は自己負担