

(様式第1号) (第5条関係)

木島平村おたふくかぜ予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

木島平村長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 () _____

私は、木島平村おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、木島平村おたふくかぜ予防接種費用助成要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、村長が住民基本台帳等の調査を公簿等により行うことについて同意します。

被接種者氏名		生年月日		年齢	続柄	申請額	
		H・R	年 月 日生			円	
		H・R	年 月 日生			円	
		H・R	年 月 日生			円	
		H・R	年 月 日生			円	
		H・R	年 月 日生			円	
振込希望先 (申請者の もの)	金融機関名		店舗名	本店 支店	預金種別	普通・当座	
	口座番号		口座名義人 (カタカナ名)				

※添付書類

- ①母子手帳 (おたふくかぜ予防接種の接種記録が記載してあるもの) もしくは接種済証など接種者、接種日等が分かるもの (医療機関から交付された場合のみ)
- ②助成金を振り込む口座が分かるもの