

年 月 日

色麻町長 殿

色麻町任意带状疱疹予防接種費用助成申請書兼請求書

申請者 住 所 色麻町
氏 名 印
電話番号

色麻町任意带状疱疹予防接種費用を下記のとおり申請します。また、助成金を下記口座に振り込んでいただきますよう請求いたします。

記

請求金額 円

対象者	住 所	色麻町						
	フリガナ		生年月日	大正・昭和				
	氏 名			年 月 日				
申請者との関係		1. 本人 2. 子 3. その他()						
接 種 年 月 日		1 回目 年 月 日			2 回目 (不活化ワクチンのみ) 年 月 日			
接種医療機関名								
振 込 先 口 座								
金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店名		支 店 本 店	
口座種類		普通・当座		口座番号				
フリガナ								
口座名義								

※振込先の口座は、申請者名義に限ります。