別記様式（第４条関係）

玉城町おたふくかぜ予防接種費助成金交付申請書

　　　年　　月　　日

玉城町長　　あて

　　　　　　　　　　　　請求者（保護者）住所　玉城町

氏名

電話番号

　下記のとおり、おたふくかぜの予防接種を受けましたので、助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

１　請求額　　　　　　　　　　　　円

２　被接種者名及請求内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）被接種者名 | 生年月日 | 被接種日 | 接種金額 | 接種医療機関名 | 助成額 |
|  |  | 　年　月　日 |  |  | 円 |
|  |  | 　年　月　日 |  |  | 円 |
|  |  | 　年　月　日 |  |  | 円 |
|  |  | 　年　月　日 |  |  | 円 |
|  | 助成金額合計 | 円 |

振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 口座番号 | 　　普通預金　　NO．　　　　　　　　　　　　　　 |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  |
| 口座名義 |  |

＊金融機関名は、該当箇所に〇をつけて下さい。