

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 ⑩

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

(フリガナ) 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 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		

*金融機関名は、該当箇所には○をつけて下さい。