

様式第3号（第8条関係）

定期予防接種

法定外予防接種

（該当する予防接種の□欄に、✓を記入ください。）

予防接種費用助成申請書

年 月 日

観音寺市長 宛て

申請者

住所 〒

氏名

Ⓜ

（被接種者との続柄 ）

電話

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

助成申請額 金 _____ 円

| | | |
|-------------------------|---------|------|
| 被接種者 (予防接種を 受けた人) | 住 所 | 観音寺市 |
| | 氏 名 | (歳) |
| | 生 年 月 日 | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|--|--|--|--------------------|------|
| 振込先 | 銀行・金庫 農協・組合 | | | | | | 支店・支所 本所 出張所 | |
| | 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 | | | | | | フリガナ |
| <input type="checkbox"/> 当座 | | | | | | | 口座名義人 | |

備考1 振込先は、申請者本人の口座を記入してください。

