

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)

※本人による署名に代えて、記名押印することもできます。

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	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 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
		口座名義人

※振込先は、申請者（保護者）本人の口座を記入してください。