

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。)

記入見本

予防接種費用助成申請書

令和〇年 ×月 〇日

観音寺市長 宛て

申請者 観音寺 花

住 所 〒768-0067

観音寺市坂本町一丁目1番×号

氏 名 観音寺 花

(被接種者との続柄 本人)

※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 090-1234-5678

本人以外が代筆する場合は
記名、押印をお願いします

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。

金額欄は空白でお願いします

助成申請額 金

円

被接種者 (予防接種を 受けた人)	住 所	観音寺市坂本町一丁目1番×号		
	氏 名	観音寺 花 (2×歳)		
	生年月日	平成×年	〇年	×日

振込先	観音寺							銀行・金庫 農協・組合		観音寺		支店・支所 本所 出張所
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	カンオンジ ハナ	
										口座名義人	観音寺 花	

※振込先は、申請者(保護者)本人の口座を記入してください。