

予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

石 井 町 長 殿

（申請者）
住所 石井町 字

氏名
（被接種者との続柄 ）
電話番号

下記のとおり、予防接種費用の助成を申請いたします。

助成申請額 円

フリガナ 被接種者氏名				
生 年 月 日				
住 所	※申請者と異なる場合のみ記入 石井町 字			
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			