

様式第1号（第4条関係）

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<br>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<br>石井町 字 |                |                 |
| 振 込 先          | 金融機関名                   | 銀行<br>金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 |
|                | 預金種別                    | 普通・当座          | 口座番号            |
|                | フリガナ<br>口座名義人           |                |                 |