

上ノ国町子ども任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

上ノ国町長 工 藤 昇 様

申請者 住所 上ノ国町字 _____
 氏名 _____ 印 _____
 （電話番号： _____）

上ノ国町子ども任意予防接種費用の助成を受けたく、次のとおり添付書類を付けて申請します。

住 所	檜山郡上ノ国町字		電話番号	— —			
ふりがな							
氏 名	（保護者氏名： _____）						
生年月日	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男・女
任意予防接種の種類	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ			<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ （ 1回目 ・ 2回目 ）			
	<input type="checkbox"/> 口座振替						
受け取り方法	銀行 金庫						
	支店						
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	フリガナ			
			名 義				

※町記入欄（申請者は記入しないでください。）

課長		課長 補佐		参事 等		決定年月日	年 月 日	
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので次のとおり助成金を決定する。								
費用負担額		円		助成金額		円		確認者
2 次の理由により上記申請を却下する。								
却下理由								