

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	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	☐ おたふくかぜ		☐ 季節性インフルエンザ (1 回目 ・ 2 回目)			
	☐ 新型コロナウイルス感染症 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目)					
受 け 取 り 方 法	☐ 口座振替					
	銀行 金庫 支店					
	預 金 種 別	☐ 普通 ☐ 当座	口 座 番 号		フリカナ	
					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					