

小児任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

日之影町長 殿

申請書 住 所 日之影町大字

保護者氏名
(対象児名)

電話番号

小児任意予防接種の接種費を助成されたく申請（請求）します。
※該当する予防接種に○を付けてください。

1. おたふくかぜ
2. 三種混合
3. インフルエンザ（1回目・2回目）

振込希望金融機関

金融機関	
支店・支所名	
貯金の種類	
口座番号	
口座名義人（フリガナ）	

※任意予防接種の費用が明記された領収書を添付すること。