

小川村おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小川村長 様

接 種 者	住 所		
	氏 名		
	申 請 者 (保護者) 印		
	生年月日	年 月 日	(歳)

おたふくかぜ予防接種を受けましたので下記のとおり補助金を交付してください。

記

1. 対象区分 (いずれかに○をしてください)

	接種日において満1歳の幼児
	小学校入学1年前の児童

2. 助成金請求額

個人負担額 (①)	助成金申請請求額 (①を100円未満切り捨てした額)	限度額
		10,000円

3. 振込先口座番号 (助成申請された保護者名義)

振込口座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所			
	フリガナ		預金種目	普通	当座		
	口座名義人		口座番号				

4. 添付書類 負担額が確認できる領収書