

予防接種費助成申請書（償還払用）

年 月 日

高鍋町長 殿

申請者
住 所 高鍋町
氏 名
被接種者氏名
被接種者との関係 （ ）
電話番号

下記予防接種の接種費用の助成について、関係書類を添えて下記のとおり申請いたします。

記

請求額 円

予防接種名	接種年月日	ア 医療機関の 領収書額	イ 支給限度額	助成額 (アとイのどちらか少ない額)
合 計				円

上記申請分について、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 その他 ()	本・支店 本・支所 出張所				口座の種類			
	フリガナ						普通・当座			
	口座名義人		口座 番号							