

様式第1号（第4条関係）

長洲町子どもの定期予防接種費用助成申請書（兼請求書）

年 月 日

長洲町長 様

申請者（請求者）

住所 玉名郡長洲町大字

氏名

印

電話番号

長洲町子どもの定期予防接種費用助成に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1. 申請内容

被接種児の氏名

年齢(生年月日)

_____ 歳 _____ カ月(_____ 年 _____ 月生)

予防接種の種類

2. 接種日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 支払い方法

1. 口座（下記）

2. 窓口

振込先 金融機関名	銀行 ・ 金庫 農協	本店 ・ 支店 支所
口座番号	普通 ・ 当座	
口座名義人(カナ)		

- 添付資料 (1) 接種した予防接種の領収書（医療機関等が発行したもの）の写し
(2) 接種した予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し

※町が記載

※助成額
円