

別記

様式第1号（第5条関係）

白子町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

白子町長 様

申請者	住 所	〒 白子町
	電話番号	
	氏 名	

任意予防接種に要した費用の助成を受けたいので、白子町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

1 被接種者

住 所	白子町		
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
接種回数	接種日（接種日年齢）		接種費用額
<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日（ 歳）		円
<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日（ 歳）		円

※ 該当するもの□にレ印

2 振込先

金融機関名	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店 ・ 支店 支所
金融機関番号		店番号	
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ ゆうちょ銀行へお振込みの場合は、店番号は3ケタの漢数字、通帳番号は7ケタでご記入ください。