

様式第2号(第6条関係)

和水町定期予防接種費用助成申請書											
被接種者	(ふりがな)	なごみ いちろう			生年月日	H26年 5月 1日 (1歳)					
	氏名	和水 一郎									
	住所	和水町江田3886									
予防接種の種類	4種混合			ヒブ		小児用肺炎球菌					
接種医療機関	福岡クリニック			福岡クリニック		福岡クリニック					
接種日	H27.7.20			H27.7.20		H27.7.20					
予防接種費用	12,000円			8,500円		12,000円					
助成申請額	11,300円			8,500円		12,000円					
<p>上記のとおり定期予防接種に要した費用を証する書類を添えて申請します。 なお、助成金については下記の口座に振り込み願います。 H27年 7月21日</p> <p>申請者住所 <u>和水町江田3886</u></p> <p>申請者氏名 <u>和水 花子</u> (印)</p> <p>被接種者との続柄 <u>母親</u> 電話 <u>0968-86-3111</u></p> <p>和水町長 様</p>											
振込指定金融機関名等											
金融機関名	〇〇 銀行 農協 信用金庫			〇〇〇		支店 支所					
口座の種類	普通 ・ 当座			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(ふりがな)	なごみ はなこ			支給決定額 (※町記入欄)	31,800円						
口座名義人	和水 花子										