

鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業申請書

年 月 日

鹿部町長 様

鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		被接種者との続柄 本人・父・母・その他（ ）	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
被接種者	フリガナ			
	氏名	☐ 申請者と同じ		
	住所	☐ 申請者と同じ		
予防接種の種類		接種年月日	接種に要した費用 (医療機関に支払った額)	交付決定額 ※保健福祉課記入
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
合計			円	円

振込先						
金融機関名	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別			
			普通・当座			
(ふりがな) 口座名義人		口座番号				