

令和 年 月 日

東通村長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊞  
対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
電話番号 \_\_\_\_\_

### おたふくかぜ予防接種助成金交付申請書

東通村おたふくかぜ予防接種助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ				生年月日
対象者氏名				<input type="checkbox"/> 平成、 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
助成対象区分	<input type="checkbox"/> 1歳以上2歳までの者 <input type="checkbox"/> 5歳以上7歳未満の者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
住 所 ・ 電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 【住 所】東通村大字 【電話番号】 _____（ _____ ）			
接種回数	接種年月日	接種医療機関名	申請額	
1回目・2回目	令和 年 月 日		円	

#### 【振込先】

金融機関名	銀行・信漁連 農協・信用組合 信用・労働金庫			本店 支店 営業部
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				

- 【添付書類】  医療機関が発行した領収書（原本）  
 予防接種したことがわかる書類（母子健康手帳又は接種済証の写しなど）  
 通帳の写し（振込先が記載されている部分）  
※申請者は申請書提出前に添付書類が揃っているか必ずを入れてください。