

様式第3の2

予防接種費助成申請書	
平成 年 月 日	
檜葉町長 様	
申請者の住所	
氏名	
電話番号	
印	
	被接種者の氏名
	生年月日
	明・大・昭 年 月 日生
	(満 才)

振込み指定口座	
金融機関名	支店名
口座番号	口座種別
	普 ・ 当
	口座名義人 (カタカナ)

予防接種実施済証明書	
上記の者の予防接種を実施したことを証明いたします。	
接種年月日	
平成 年 月 日	
予防接種の種類	
高齢者インフルエンザ	

予防接種受領金額
円

※領収書の原本を添付し、檜葉町役場まで返送してください。

(注) 予防接種1種類につき1枚の申請となります。

平成 年 月 日

医療機関所在地

名称

氏名

印