

	年 月 日	
小国町長	様	
	住所	小国町
	氏名	印
	電話番号	(- -)
小国町予防接種助成金交付請求書		
下記のとおり予防接種を受けましたので、助成金の交付を請求します。		
記		
○接種者： _____		
○予防接種種類 _____		
○生年月日： _____ 年 月 日 () 歳		
【振込先】		
金融機関名	肥後銀行・熊本銀行・農協・ゆうちょ銀行・その他 ()	
支店名	支店	普通 ・ 当座
口座番号		
カタカナ 口座名義		
備考		

- 添付書類
- (1) 予防接種の費用を支払ったことを証する書類
 - (2) 母子健康手帳又は予防接種済証
 - (3) その他町長が必要と認めた書類