

小国町長 様	年 月 日			
住 所 <u>小国町</u>				
氏 名 _____ 印				
電話番号 (— —)				
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			
カタカナ 口座名義	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			
備 考	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			

- 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)定期接種の場合は予診票
 (3)その他町長が必要と認めた書類