

別記様式（第4条関係）

風しん予防接種費用負担軽減助成申請書

枝幸町長 様

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

風しん予防接種の助成を受けたいので申請します。

※ 太枠内に記入して下さい。

受診者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
振込先		口座番号	
口座名義人		助成金額	円

領収書の金額	受診医療機関名
円	

※ 領収書を必ず添付して下さい。

決定年月日 年 月 日

課長	参事	主幹 (グループリーダー)	グループ員