

様式第 5 号（第 8 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

菊川市特別の理由による任意予防接種費助成金支給申請書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

(申請者)
住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電 話

菊川市特別の理由による任意予防接種費助成要綱第 8 条第 1 項に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。
なお、必要があるときは以下の事項について、菊川市長が、再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

接 種 対 象 者 名	(ふりがな)		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	菊川市	
支 給 対 象 者	氏 名		
	住 所		
支 給 額 (合 計)		円	

【振込先】

金 融 機 関		本・支店名	
口 座 番 号		預金種別	普通・当座
(フリガナ)			
口 座 名 義 人			

[illegible]