

様式第1号

年 月 日

阿蘇市風しん抗体検査及び風しん第5期定期接種費用助成金交付申請書

阿蘇市長 様

申請者 住 所 阿蘇市

氏 名

電話番号

私は、阿蘇市風しん抗体検査及び風しん第5期定期接種実施要項8の規定に基づく助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該申請の交付決定に当たり、住民基本台帳を調査することに同意します。

被接種者氏名	
住 所	阿蘇市
生 年 月 日	年 月 日生 () 歳

内 容	実施機関名	実施日	支払額	交付申請額
抗体検査		年 月 日	円	円
予防接種		年 月 日	円	円
合 計			円	円

振込先

金融機関名		預金種目	口座名義人		口座番号
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店	1 普通預金 2 当座預金	フリガナ		
	支店 出張所 本所				
ゆうちょ銀行	記号		口座名義人	フリガナ	
	番号				