

年 月 日

(宛先)加賀市長

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄 )

電話番号

加賀市A類疾病定期予防接種費用助成申請書

次のとおり加賀市A類疾病定期予防接種費用助成金の交付を申請します。なお、助成に必要な事項について調査されることに同意します。

種	フリガナ				性 別
	氏 名				男 女
	生年月日	年 月 日			
現 住 所	〒				
保 護 者 氏 名				続柄	
連 絡 先					
接種費用合計額					
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 協同組合		本店 支店 支所	
	ゆうちょ銀行 (郵便局)	店名			
種 別	普通・当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義					

注意 申請額欄には予防接種内訳書の合計額を記入してください。

審 査 欄			
受 理 年 月 日	年 月 日	認 定 ・ 却 下 年 月 日	年 月 日
支 給 額	円		

注意 審査欄には記入しないでください。