

様式第 4 号（第 7 条関係）

南伊勢町特別な理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）南伊勢町長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

南伊勢町特別な理由による任意予防接種費用助成金の交付を下記のとおり申請します。

また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、南伊勢町が保有する個人情報を見直し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告・回答を受けることについて同意します。

記

被接種者	フリガナ				申請者 との 続柄
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
	住 所	南伊勢町			
接種医療機関	所在地 医療機関名				
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (A)	上限額 (B)	申請額 (AとBのいずれ か低い額)	
			合 計		

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農協 ()	本店 支店
	預金種別	普 通 ・ 当 座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		