

印

年 月 日

大紀町長 谷口 友見様

【申請者(保護者等)】

住 所 度会郡大紀町

氏 名

電話番号

大紀町子宮頸がん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町子宮頸がん予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。また、下記の被接種者の住民登録又は外国人登録の照会を、健康福祉課に委任することに同意します。

被接種者名	生年月日 (申請日現在の年齢・学年)		回数	接種日	接種金額 (領収書の金額)	助成金額 (欄記入不要)
申請者との続柄	平成 年 月 日		1回目	平成 年 月 日	円	円
	(満 才)		2回目	平成 年 月 日	円	円
	学年	高校2年生相当 高校3年生相当 大学1年生相当	3回目	平成 年 月 日	円	円
合 計					円	円

助成額の最高限度額は3回で50,000円とする。

欄は、記入しないで下さい。

【振込み先】

金融機関名		種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義
銀行	本店	普通		
金庫	支店	当座		
農協	出張所			

口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一をお願いします。

関係書類：子宮頸がんワクチン接種領収書(被接種者名・接種日・子宮頸がんワクチン接種費用が明記されたもの)