

予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

双葉郡双葉町長 井戸川克隆 様

申請者 住所 双葉町大字 字
氏名 印

接種者の住所 双葉町大字 字	保護者氏名
接種者の氏名	続柄
生年月日 昭和・平成 年 月 日(満 歳 カ月)	性別 男 ・ 女
予防接種給付金は、下記の金融機関の口座にお振込みください。 銀行 支店 口座番号 口座名義人	

※添付書類・・・領収書(コピー可)及び、予診票(コピー可)

予防接種実施済証明書

上記の者の予防接種を実施したことを証明いたします。

予防接種名	接種年月日 平成 年 月 日
ワクチン名 Lot. No.	接種量 m l
予防接種受領金額	円

(注1) 予防接種1回につき1枚の申請となります。

平成 年 月 日
医療機関 所在地
名称
氏名 印