

第1号様式(第5条関係)

松田町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種回数 _____ 1回目 _____ 2回目 _____

接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

松田町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請及び請求します。

請求金額 _____ 円

上記金額を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		本店 支店
預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		