

様式第3号（第10条関係）

松田町小児インフルエンザ任意予防接種費用一部助成申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 様

申請者（保護者） 住 所
氏 名 ⑩
続 柄
電話番号

次のとおり、小児インフルエンザ任意予防接種費用の一部助成を受けたいので申請します。

対象者の住所 (子ども)	
対象者の氏名 (子ども)	
生年月日	年 月 日 (歳)
	学校名 : (年生)
接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
医療機関名	

次の口座へ振り込みを依頼します。

請 求 額		円	
振込先	金融機関名		支店等名
	預金の種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

注 □のある欄には、該当する□内に✓印を記入してください。