別記様式第３号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

玉村町長　様

住　所　　　玉村町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電　話

玉村町予防接種費用助成申請書

　　　　　　　下記のとおり予防接種を受けましたので、接種料の補助を申請いたします。

　なお、補助金につきましては下記指定口座に振込をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信金  信組・農協　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通　　・　　当座　　（いずれかを○で囲む） |
| 口座番号 |  |
|  |  |

※予防接種予診票原本、領収書原本の添付をお願いします。

**《以下の欄は役場が使用》**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種日 | 予防接種名 | 支払額 | 助成額 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |

本人支払い額合計　　　　　　　　　円　　　　助成額合計　　 　　　　　　円