

様式第 5 号（第 9 条関係）

定期予防接種の県外における接種費用助成金請求書

年 月 日

松前町長 様

申請者 住所

氏名

（電話 — — ）

令和 年 月 日付け松健第 号で交付決定を受けた松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金について、松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定により次のとおり請求します。

被 接 種 者 名				
生 年 月 日		年 月 日 （ 歳 月）		
請 求 額		円		
振込先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口 座 名 義			

※ 振込先口座名義が申請者と異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委 任 状	
松前町長 様	
年 月 日	
委任者（申請者）	住 所 _____
	氏 名 _____ 印 _____
下記の者に松前町定期予防接種の県外における接種費用助成金の受領を委任します。	
受任者（口座名義人）	住 所 _____
	氏 名 _____