

様式5（第7条関係）

年 月 日

大 治 町 長 殿

住 所 大治町大字
申請者 氏 名

予防接種費用負担軽減助成費請求書
大治町予防接種費用負担軽減助成費を下記のとおり交付してください。

記

1. 助成費請求額 円

2. 助成費振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 店
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義人	ふりがな