

岩沼市定期予防接種助成申請書										
被接種者	(ふりがな)				生年月日	年	月	日		
	氏名					(	歳)			
	住所									
予防接種の種類										
接種医療機関										
接種日										
予防接種費	円			円			円			
助成申請額	円			円			円			
<p>上記のとおり定期予防接種に要した費用を証する書類を添えて申請します。                      なお、助成金については下記の口座に振り込み願います。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">被接種者との続柄 _____ 電話 _____</p> <p>岩沼市長 殿</p>										
振込指定金融機関名等										
金融機関名	銀行・農協 信用金庫									支店
口座の種類	普通・当座			口座番号						
(ふりがな)				支給決定額						
口座名義人				(※市記入欄)		円				