

令和 年 月 日

新島村長殿

新島村島外定期予防接種料助成金支給申請書

住所 東京都新島村

電話

氏 名 _____ 印 _____

私は、新島村島外定期予防接種料助成金の交付を申請します。

1 申請額 _____ 円

2 内訳

予防接種名	接種日	接種医療機関名	接種医療機関住所	接種料	助成額
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				

第4号様式（第7条関係）

令和 年 月 日

新 島 村 長 様

住 所
氏 名
電 話

新島村島外定期予防接種料助成金請求書

年 月 日付け 新民健予収第 号で助成金支給決定通知のあった新島村島外定期予防接種料助成金を下記により請求する。

記

島外定期予防接種料の助成金

円