

小海町新型インフルエンザワクチン接種費用助成金償還払申請(請求)書

申請日 平成 年 月 日

(申請先)小海町長

申請者(保護者) 住 所: 小海町大字

氏 名 印

電話番号

私は、次のとおり新型インフルエンザワクチン接種を受け、接種費用を負担したので、その領収書を添えて助成金の申請(請求)をします。

申請(請求)金額 円

この申請に係る審査に当たり、住民税の課税・非課税を確認するため公簿を確認することに同意します。

接種者は、平成21年1月1日現在、小海町民ですか(いずれかの にしを入れてください)。

はい いいえ 小海町に平成21年1月2日以降に転入した方は前住所地の
非課税証明書が必要です

助成対象者区分(該当する番号に)

- 生活保護世帯に属する者
- 平成21年度市町村民税非課税世帯に属する者
- 平成21年度市町村民税課税世帯に属する者

接種内容

接種者	接種者の氏名	生年月日	年 齢	優先接種区分に
	氏名:	明・大・昭・平 年 月 日	満 歳	妊婦・基礎・1歳未満親・幼児 小低・小高・中学・高校・高齢
医療機関名				申請額
1回目 年 月 日		2回目 年 月 日		円
氏名:	明・大・昭・平 年 月 日	満 歳	妊婦・基礎・1歳未満親・幼児 小低・小高・中学・高校・高齢	
医療機関名				申請額
1回目 年 月 日		2回目 年 月 日		円
氏名:	明・大・昭・平 年 月 日	満 歳	妊婦・基礎・1歳未満親・幼児 小低・小高・中学・高校・高齢	
医療機関名				申請額
1回目 年 月 日		2回目 年 月 日		円
				合 計 円

受取口座記入欄

金融機関名	銀行	支店	長野八ヶ岳農協	支所
口座名義人	かか			
口座番号	(普通・当座)			

給付決定額 申請者は記入しないでください。

円

添付書類

接種を証明できる領収書、新型インフルエンザ予防接種済証(様式5)(医療機関発行のものに限る)