

インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

御杖村長 殿

金	円
---	---

※金額は記入しないでください

平成 年 月 日

次のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を申請します。

本人記入欄

接種者の住所 宇陀郡御杖村大字

氏名 _____ □

電話番号 _____ () _____

生年月日 _____ 年 月 日生 (歳)

接種医療機関名	1回目	2回目
接種年月日	1回目平成 年 月 日	2回目平成 年 月 日
接種費用	1回目 円	2回目 円 合計 円

下記の金融機関に振り込んで下さい。

支払機関名		預金種別	口座番号						
銀行	支店	普通・当座・その他							
	店番	名義人(カナ)							
農協									
信金									

同意書

上記の申請にあたり、御杖村保健福祉課職員が私および私の世帯員の収入につき、御杖村住民生活課の保有する課税台帳等または生活保護受給者台帳を閲覧することに同意します。

申請者氏名 _____ □

■ 免除対象者であることの確認

- 村民税課税世帯である
- 村民税非課税世帯である
- 生活保護世帯である

確認欄

■ 添付書類の確認

- 済み証
- その他 ()

確認欄