

平成 年 月 日

助成金請求書

（請求先）標茶町長

住所 標茶町
申請者（保護者）
氏名
（電話番号 印）

インフルエンザワクチンの接種を受けたので標茶町インフルエンザワクチン接種費用助成等規則第 4 条に基づき、領収書を添えて助成金を請求します。

記

請求金額 金 円

	1 回目			2 回目		
接種医療機関						
接 種 日	年 月 日			年 月 日		
被接種者	氏 名	生年月日	年齢	氏 名	生年月日	年齢
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	

助成金振込先金融機関
金融機関名
支 店
口座種類 普 通
口座番号
口座名義

町民税課税状況等確認承諾書

この請求に伴う私の世帯の町民税課税状況又生活保護適用状況について公簿等により確認することを承諾します。

平成 年 月 日
住 所 川上郡標茶町

承諾者
氏名 印

（承諾先）標茶町長

担当課 記入欄	市町村民課非課税等確認事項	摘要
	・生活保護世帯 ・市町村民税非課税世帯	