

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 _____ 印
（電話番号 _____）

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 | 平成 年 月 日 | | | 平成 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 | |

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

以下の□欄のいずれかにご記入ください。

- 私の世帯の町民税課税状況又は生活保護適応状況について、公簿等により確認することを承諾します。

本人署名 _____ 印 _____

- 私の世帯の町民税課税状況又は生活保護適応状況について、個人番号により確認することを承諾します。

| 世帯構成員氏名 | 生年月日 | 個人番号 |
|---------|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|------------|------------------------|----|
| 担当課 記入欄 | ・生活保護世帯 ・市町村民税非課税世帯 | 摘要 |
|------------|------------------------|----|