

標茶町インフルエンザワクチン接種費用助成金請求書

（請求先）標茶町長

住 所：標茶町

申請者氏名：

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

氏 名				
生年月日		平成・令和 年 月 日 () 歳	平成・令和 年 月 日 () 歳	平成・令和 年 月 日 () 歳
区 分		☐ 幼児 ☐ 小学生 ☐ 中学生 ☐ 高校生 ☐ 大学生等	☐ 幼児 ☐ 小学生 ☐ 中学生 ☐ 高校生 ☐ 大学生等	☐ 幼児 ☐ 小学生 ☐ 中学生 ☐ 高校生 ☐ 大学生等
使用ワクチン		☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	☐ インフルエンザHAワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン
1 回 目	医 療 機関名			
	接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2 回 目	医 療 機関名			
	接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

助成金振込先金融機関

金融機関名 銀行・金庫 本店・支店 口座名義

口座種類・口座番号 当座 ・ 普通

--	--	--	--	--	--	--

市町村民税課税状況	() 課税世帯	() 非課税世帯	() 生活保護受給世帯
-----------	----------	-----------	--------------

市町村民税課税状況等確認承諾書

非課税世帯または生活保護受給世帯の場合は費用の全額が助成されます。以下の□欄のいずれかにご記入ください。

☐ 私の世帯の市町村民税課税状況又は生活保護受給状況について、公簿等により確認することを承諾します。

本人署名

☐ 私の世帯の市町村民税課税状況又は生活保護受給状況について、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	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 ・子育て支援医療費等還元事業対象者 ・学生証 ・在学証明書	摘要
--------	--	----

