

新型インフルエンザワクチン接種費用助成申請書

(申請日) 平成 年 月 日

(あて先) 広陵町長

住 所 広陵町

(世帯主) 氏 名 印

電話番号 ()

下記の者について、新型インフルエンザワクチン接種費用の助成を申請します。なお、申請の確認のため当該世帯員の税情報及び生活保護受給状況の閲覧について同意します。また、助成費用については代理受領契約している接種医療機関に支払われることに同意します。

①	被接種者氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請理由	非課税・生活保護
②	被接種者氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請理由	非課税・生活保護
③	被接種者氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請理由	非課税・生活保護
④	被接種者氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請理由	非課税・生活保護
⑤	被接種者氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請理由	非課税・生活保護

- ・平成21年1月1日以降世帯員の異動はありましたか。(はい・いいえ・わからない)
- ・平成21年10月1日以降町民税の申告をしましたか。(はい・いいえ・わからない)

※職員記入欄

受 付 者	判 定	交 付	日 付
	1 課 税	1 助成券発行	
	2 非課税		
	3 未申告	2 却下	
	4 生 保		

※申請場所：広陵町保健衛生課保健センター係（さわやかホール1階）