

広陵町新型インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

平成 年 月 日

(あて先) 広陵町長

申請・請求者 住 所

氏 名

印

電話番号

次のとおり、広陵町新型インフルエンザワクチン接種費用助成金の交付を申請します。

接種者名	氏 名			
	生年月日			
接種医療 機関名	1回目	接種 年月日	1回目平成 年 月 日	
	2回目		2回目平成 年 月 日	
請求金額	金 円			
次の金融機関の口座に振り込んでください。 ※通帳確認の上、記入してください。 ※ゆうちょ銀行は、利用できません。				
金融機関名		銀行 農協 信金	支店 出張所	
口座番号	店番() 普通・当座 No.			
ふりがな				
口座名義人				

※添付書類 ①接種を証する領収書（被接種者氏名、接種年月日、予防接種名領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。）

②他市町村からの転入等により当市で課税状況の確認が困難な場合は課税状況の証明書の提出が必要です。

※生活保護世帯・非課税世帯の方は、次の同意書に署名押印してください。

同意書
上記申請について、私及び私の世帯員の生活保護受給状況・税情報を貴職が関係機関に照会確認することに同意します。 平成 年 月 日
申請者 印

町記載欄 以下は記入しないで下さい。

区分	備考	受付
	整理番号 ()	