上毛町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書										
					年	月	日			
上毛町長 様										
	申請者	<u>住</u>	所							
		rrf.	h							
			名のま	たいコカ#	# C N					
			※署名または記名押印(TEL)							
			(LEL				,			
下記のとおり、インフルエンザ!	フクチン接種	重をし	ました	ので、上手	色町インフ	゚ルエンザ	予防接種			
費用助成規程第4条第1項の規定により、助成金を交付されたく申請します。										
なお、この申請に関し、世帯の記	果税状況等の)調査	をする	ことに同意	まします。					
1. 実施証明										
•被接種者氏名										
• 被接種者生年月日		(年	月	日生	歳)			
2. 交付申請額		円								
 助成対象者区分 1.生活保護世帯				2. 町民	:税非課稅	2世帯				
3. 妊			4. 町民税課税世帯							
	ども管外				•					
·										

- (1) 医療機関が発行する、当該予防接種の被接種者、接種日、予防接種名及び支払額を証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類
- ・接種日: 年 月 日 · 自己負担額: 円 · 医療機関:

口座番号

(左詰め)

普 通

当 座

上毛町インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

				年	月日
上	毛町長 様				
		申請者	住所 上毛町大字		_
			氏名		_
			(TEL)	
		請求額	<u>円</u>		
	被接種者氏名				
			銀行	本店	
	金融機関名		金庫	支店	
振			農協	出張原	<u></u>
込	フリガナ				
先	口座名義人				