

様式第2号（第8条関係）

上ノ国町インフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

上ノ国町長 工藤 昇 様

申請者 住所 上ノ国町字

氏名 印

(電話番号：)

上ノ国町インフルエンザ予防接種事業実施要綱に基づき接種費用の助成を受けたく、次のとおり添付書類（領収書等）を付けて申請します。なお、申請にあたり上ノ国町町税に対する制限措置に関する条例第11条の規定により、私の世帯全員の町税の滞納状況、町が保有する町民情報、課税情報等を確認することに同意いたします。

接種者氏名		生活保護世帯	該当 <input type="checkbox"/>
生年月日	年 月 日生（満 歳）	性別	男・女
実施医療機関		町外接種	該当 <input type="checkbox"/>
接種日	年 月 日		
接種費用額	円	助成申請額	円
受取方法	<input type="checkbox"/> 現金支払		
	受取場所： <input type="checkbox"/> 役場出納室 <input type="checkbox"/> 湯ノ岱出張所 <input type="checkbox"/> 石崎出張所		
	<input type="checkbox"/> 口座振込		
	金融機関	銀行・信金	本店・支店
	口座番号	普通・当座（口座番号）	
口座名義人			

※町記入欄（申請者は記入しないでください）

課長等		課長補佐等		主幹等		主査等		
決定年月日	年 月 日					確認者		
1	申請の内容を審査の結果、適当と認められるので次のとおり助成金を決定する。							
	接種費用額	円	助成決定額	円				
2	次の理由により上記申請を却下する。							
	却下理由							