

様式第2号（第8条関係）  
上ノ国町新型コロナウイルス感染症定期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

氏 名 印

(電話番号： )

上ノ国町新型コロナウイルス感染症定期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						

(記入例)

令和7年1月31日

上ノ国町長 工藤 昇 様

ご本人のお名前をお願いします。  
押印もれにご注意ください。

申請者 住所 上ノ国町字大留100番地

氏名 上ノ国 太郎

上ノ国  
印

(電話番号：0139-55-2311)

上ノ国町新型コロナウイルス感染症定期予防接種事業実施要綱に基づき、  
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税  
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  
生活保護を受給している場合は記入してください。

たく、次のとおり添付書  
る条例第11条の規定によ  
いたします。

接種者氏名	上ノ国 花子		生活保護世帯	該当 <input checked="" type="checkbox"/>
生年月日	昭和30年1月1日生（満80歳）		性別	男・女 <input checked="" type="checkbox"/>
実施医療機関	〇〇病院		町外接種	該当 <input checked="" type="checkbox"/>
接種日	令和7年1月1日		上ノ国診療所、石崎診療所、道立江差病院、勤医協江差診療所、佐々木病院以外で接種した場合に記入してください。	
接種費用額	15,000円		助成申請額	15,000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 checked="" type="checkbox"/> 口座振込			
	本人名義の口座情報を記入してください。			
金融機関	〇〇〇〇 銀行・信金 〇〇		本店・支店	
口座番号	普通・当座		(口座番号 〇〇〇〇〇〇〇)	
口座名義人	上ノ国 花子			

銀行口座がない場合や、直接現金での受け取りを希望する場合はこちらを記入してください。

接種費用のうち、生活保護を受給している方は全額、受給していない方は最大10,800円まで申請できます。

※町記入欄（申請者は記入しないでください）

申請の際に必要な書類

- ・新型コロナウイルス予防接種領収書又は、診療報酬明細書（写しでも可）
- ・予診票（写しでも可）（特段の事情がない限りはご提出ください。）

[口座振込を希望する場合]

- ・本人名義の銀行口座番号が確認できる書類（通帳やキャッシュカードの写し）

主幹等

主査等

郵送で申請する場合の送付先

〒049-0611

檜山郡上ノ国町字大留96番地

(健康づくりセンター内)

保健福祉課 健康支援グループ