第1号様式（第7条関係）

長万部町予防接種費用助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

長万部町長　木　幡　正　志　様

申請者（接種者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 住　所　　長万部町字

 電話番号

　長万部町インフルエンザ予防接種費用の助成に関する要綱に基づき、次のとおり申請します。

また、予防接種費用の助成額決定のために必要があるときは、私の世帯の市町村民税等の課税

状況を長万部町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 住　所 | 長万部町字 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 接種医療機関 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 予防接種の種類 | インフルエンザ | 接　種　日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 申請額（医療機関への支払い額） | ※記入しないでください。金　　　　　　　　　　　　　　円　　　（金　　　　　　　　円　別紙領収書のとおり） |
| 口座名義人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |
| 振込口座 | 金融機関名 | 店舗名 | 種目 | 口座番号 |
| 　　　　　銀行　　　　　　　信金　　　　　　　　農協　　　　　　　　　漁協 | 　　　本店　　　　　支店　　　　　支所　　　　店 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |

※添付書類として、接種にかかった料金を証明する領収書（コピー可）を添付してください。