

新型インフルエンザワクチン予防接種 費用助成世帯申請書

国頭村長 様

住 所 :	
申請者名 :	印
電話番号 :	

新型インフルエンザワクチン接種にあたり、費用助成を申請します。なお、申請にあたり、村民税の課税状況について地方税法等にかかる諸帳簿、台帳等により確認されることに承諾します。

住所 国頭村字				
氏 名	性別	年齢	生年月日	
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
	男・女		明・大 昭・平	年 月 日
申請日 : 平成 年 月 日				

(職員記入欄)

新型インフルエンザワクチン接種費用助成対象者確認票

新型インフルエンザワクチン接種費用助成申請に基づく調査の結果、上記の接種対象者について、費用助成の対象者に〔 該当 ・ 非該当 〕と確認されました。よって、この申請書を承認し、費用助成世帯証明書を交付します。

助成対象区分

- 非課税世帯
- 生活保護世帯

供 覧	課長	補佐	係長	担当