（様式第５号）

平成　　年　　月　　日

新型インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

捨印

国頭村長　　様

金額						円

※金額は記入しないで下さい。

新型インフルエンザワクチン接種費用助成金を申請します。なお、この申請に基づく支給決定に当たり、国頭村が保有する情報（税情報を含む）について閲覧または調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請者（本人または保護者等）

住所：国頭村字

氏名：　　㊞　　続柄

電話：　　（　　）

被接種者氏名		住所	国頭村字
生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日		

新型インフルエンザワクチン接種（優先接種対象者への接種）	
優先接種対象区分 (○をつけて下さい)	妊婦　・　基礎疾患を有する者　・　幼児（1歳～就学前）　・　小学校1～3年生　・　小学校4～6年生 1歳未満の小児の保護者等　・　中学生　・　高校生　・　高齢者(65歳以上)
費用助成対象区分 (○をつけて下さい)	非課税世帯　・　生活保護世帯

接種１回目		接種２回目	
接種年月日	平成　　年　　月　　日	接種年月日	平成　　年　　月　　日
医療機関名		医療機関名	
住　　所		住　　所	

振込口座																	
	いずれかを記入して下さい。	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行 農協							本店・支店 支所・出張所							
			普通　　当座	口座番号 (右づめで記入して下さい)													
		ゆうちょ銀行	通帳記号					1桁の数字がない場合は空欄		通帳番号（右づめで記入して下さい）							
								―	―								
	必ず記入して下さい。	フリガナ															
		口座名義人	必ず記入して下さい														

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記名・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に新型インフルエンザワクチン接種費用助成金の受け取りを委任いたします。

平成　　年　　月　　日　　申請者氏名　　㊞

職員記入欄

住基	接種回数	口座情報	受取委任	助成対象	接種場所	領収書	接種済証	税確認	備考