様式第２号（第５条第２項関係）

|  |
| --- |
| 和寒町インフルエンザ等ワクチン接種費用無料券  交付№  　下記の者は、生活保護を受給しておりますので、接種費用は町へ請求されるようお願いします。  住　　所　　　和寒町字　　　　　　　　　　番地  氏　　名  生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生  年　齢　　　　　　　歳　　　　性別  和寒町長  （有効期限　　　　年　　　月　　　日） |