

様式第1号(第4条関係)

国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

松前町長 様

申請者(世帯主)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給要綱第4条第1項の規定により、次のとおり予防接種の助成金の支給を申請します。

1 支給申請・実績報告

予 防 接 種 者	接種した人の氏名及び個人番号	生年月日	接種日	接種費用
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
		年 月 日	年 月 日	円
同意書	助成金の支給決定の審査に当たり、松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給要綱第2条第2号に規定する助成対象者の要件を確認するため、私(世帯主)の国民健康保険税及び町税並びに予防接種を受けた者の町税の納付状況について、担当課に照会することを同意します。			
	世帯主氏名			

2 請求

請求金額		金 円		
振 込 先	銀行	本店 支店 支所	普 通 当 座	口座番号
	信用金庫			口座名義人(カタカナ)
	農協			

# 記入例

様式第1号(第4条関係)

国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

R3年 12月 16日

松前町長 様

申請者(世帯主)

**保険証に記載された世帯主**

※シャチハタ印不可

住所 愛媛県伊予郡松前町筒井631番地

氏名 松前 太郎

印

電話番号 089-985-4107

個人番号 △△△△△△△△△△△△

松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給要綱第4条第1項の規定により、次のとおり予防接種の助成金の支給を申請します。

1 支給申請・実績報告

接種した人の氏名及び個人番号	生年月日	接種日	接種費用
松前 太郎 △△△△△△△△△△△△	S60年 1月 1日	R3年 11月 20日	3,700 円
松前 花子 ○○○○○○○○○○○○○○	S62年 4月 11日	R3年 11月 20日	3,700 円
松前 一郎 ○△○△○△○△○△○△	H25年 10月 21日	R3年 12月 15日	3,500 円
	年 月 日	年 月 日	円

同意書

助成金の支給決定の審査に当たり、松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種費用助成金支給要綱第2条第2号に規定する助成対象者の要件を確認するため、私(世帯主)の国民健康保険税及び町税並びに予防接種を受けた者の町税の納付状況について、担当課に照会することを同意します。

世帯主氏名 松前 太郎

2 請求 **※世帯主名義の口座を記入**

請求金額	金 3,000 円		
振込先	銀行	本店	普通
	信用金庫	支店	当座
	農協	支所	
	△△		1 2 3 4 5 6 7
			口座名義人(カタカナ)
			マサキ タロウ