

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交付申請・実績報告兼請求書

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要綱第4条第1項の規定により、予防接種の助成金について、次のとおり申請・報告(請求)します。

1 交付申請・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
同意書	助成金の交付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			印

2 請求

請求金額		金 円		
振 込 先	銀行	本店 支店 支所 出張所	普通 当座	口座番号
	信用金庫			口座名義人(カタカナ)
	農協			