

様式第1号（第4条関係）

## 五戸町インフルエンザ予防接種費用助成金償還払請求書

令和 年 月 日

五戸町長 様

下記のとおり五戸町インフルエンザ予防接種費用助成金を請求します。  
助成金償還払交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、町民税課税等の調査を行うことに同意し、確認できない場合には、確認できる関係書類の提出に応じることに同意します。

- 1 助成区分  
生活保護を含む住民税非課税世帯に属する者
- 2 ワクチン接種の回数 \_\_\_\_\_ 回目
- 3 接種費用助成額      ¥ \_\_\_\_\_ 円

太線の枠内をご記入ください。

請求者	フリガナ		生年月日
	氏名	印	年 月 日
	住所	五戸町 電話 (      )      -	ワクチン接種年月日 年 月 日
	未成年者氏名		生年月日 年 月 日
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	フリガナ
	口座番号		口座名義人