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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

五戸町長　様

　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　　　）

　　　　　　　　　電話番号

　五戸町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第７条第４項の規定により、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。

記

１　助成区分

要綱第３条第１号に掲げる者（住民税非課税世帯・生保世帯）

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。

２　接種費用助成額　　　　￥　　　　　　　円

太線の枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | | | | | | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | 年　 月　 日 |
| 住　　　所  □申請者と同じ | 五戸町  　電話（　　　）　　　－ | | | | | | | | ワクチン接種年月日 |
| 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 |  |