

予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
続 柄

阿久比町定期予防接種費補助金交付要綱第8条第1項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり申請します。

補助対象者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号	
接種費用免除申請	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症)			
該当事由	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等 町が本事業の事務処理に必要な範囲において公簿の閲覧をすることに同意します。 補助対象者氏名 (自署)			
実施医療機関名				
予防接種名	接種日	支払料金	町の契約単価	交付金額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
補助金申請額	円		補助金交付額	円

〔職員記入欄〕

持ち物確認	<input type="checkbox"/> 申請者身分証明書 <input type="checkbox"/> 接種済予診票 <input type="checkbox"/> 領収書	受付者	
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--