

様式第 5 号（第 8 条関係）

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	住 所	☐ 申請者と同じ		生年月日	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		個人番号	
接種費用免除申請		☐ する ☐ しない ☐ インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 帯状疱疹（ ☐ 水痘ワクチン ☐ 帯状疱疹ワクチン）			
該当事由		☐ 住民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 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及び個人番号を利用した情報照会をすることに同意します。 補助対象者氏名（自署）			
実施医療機関等名					
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	
	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	