

様式第1号(第5条関係)

高齢者インフルエンザ予防接種費助成申請書 令和 年 月 日 高根沢町長 加藤 公博 様 申請者 住所 高根沢町 電話番号 氏 名 印					
被 接 種 者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名	(男・女)			年 月 日 (満 歳)
振込金融機関名		銀 行	本店	口座番号	
		農 協	支店	フリガナ	
		信用組合	支所	口座名義	
		信用金庫			

※ この申請書には医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

接 種 医 療 機 関 名	所 在 地				予 防 接 種 日
	名 称 代 表 者				令和 年 月 日

※この欄は記入しないでください。

決 裁	所 長	係 長	担 当			伺	令和 年 月 日
						決定	令和 年 月 日
							支給
審 査 結 果	生活保護 (受給 受給なし) 1 承認 2 不承認(理由 )					接 種 年 齢	歳
						接 種 料 金	円
						支 給 金 額	円

生活保護被保護者は4,950円まで助成。それ以外の者は接種料金から1,000円を差し引いて3,950円まで助成。