

記入例

音更町インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

音更町長 宛て

申請書の提出日を記入してください。

申請者 住所 音更町新通8丁目5番地
氏名 保健 太郎

(署名又は記名・押印)

生年月日 昭和50年 1月 1日

申請者は、予防接種を受けた人です。
接種者が未成年者の場合は、保護者が申請者となりますので、下(カッコ)欄に接種者の氏名・生年月日を記入してください。

接種者が未成年の場合

被接種者氏名 保健 花子

生年月日 平成20年 5月 5日

音更町補助金等交付規則第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

補助金申請額	金 ○, ○○○ 円
接種年月日	令和 ○年 ○月 ○日
医療機関等名	北斗病院
対象区分 (該当する欄に○印を記載願います。)	<input checked="" type="radio"/> 65歳以上の者
	<input type="radio"/> 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして身体障害者手帳1級の交付を受けている者
	<input type="radio"/> 中学3年生
	<input type="radio"/> 高校3年生又は高校3年生に相当する年齢の者
	<input type="radio"/> 妊婦
	<input type="radio"/> 13歳未満の者
	<input type="radio"/> 上記に該当し、生活保護世帯に属する者
添付書類 (該当する欄に○印を記載願います。)	<input checked="" type="radio"/> 予防接種に係る費用を納付したことを確認できる領収証の写し
	<input checked="" type="radio"/> 音更町インフルエンザ予防接種済証の写し
	<input type="radio"/> 身体障害者手帳により等級を確認できるものの写し
	<input type="radio"/> 学生証の写し
	<input type="radio"/> 母子健康手帳の写し
	<input type="radio"/> 生活保護費支給世帯の世帯員であることの証明書
	<input checked="" type="radio"/> 口座振込依頼書
備考	

記入例

別記様式第3号（第4条関係）

予防接種を受けた人について記入してください。未成年者の場合は、保護者の方について記入してください。

口座振込依頼書

(〒 080 - 0104)

住所 音更町新通8丁目5番地

氏名 保健 太郎

申請書の提出日を記入してください。

(電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

令和 年 月 日付で申請した音更町インフルエンザ予防接種費用補助金については、下記の口座への振込みを希望します。

【受取希望口座】

・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。

・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 帯広信用 金庫 信用組合 農協	店名 音更 本店・本所 支店・支所	預金種別	普通・当座・組勘
(フリガナ) 口座名義人	(ホケン タロウ) 保健 太郎	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

2 ゆうちょ銀行（郵便局）

記号 (左詰でお書きください)	1	0	-	*	番号 (右詰でお書きください)												
*貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字又はキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 (通常貯蓄貯金への振り込みはできません)						(フリガナ) 口座名義人	()										

振込口座は、予防接種を受けた本人名義の口座を指定してください。
未成年者の場合は、保護者の口座を指定してください。
未成年者の口座へは補助金の振込みができませんのでご注意ください。