

蒲郡市インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者	住所	蒲郡市		
	氏名		電話	

(代理人氏名)

(申請者との関係：)

蒲郡市インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付を申請します。

なお、助成の対象世帯であることの確認のため、市町村民税（特別区民税を含む。以下同じ。）に関する世帯員全員の課税資料等を参照すること、または生活保護を受給している世帯もしくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支給給付を受給している世帯であるかどうかについて確認することに同意します。

申請額	円
-----	---

※助成を受ける方全員の合計助成金額を記入してください。
(助成人数×1,000円)

申請区分 ※該当する番号を○で 囲んでください	1 市町村民税非課税世帯 2 生活保護世帯 3 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支給給付受給世帯
-------------------------------	---

インフルエンザワクチン接種費用の助成金の申請及びその受領を上記の申請者に委任します。

助成を受けた方（被接種者）の氏名	生年月日	申請者との続柄	助成額
フリガナ	年 月 日生		円
フリガナ	年 月 日生		円
フリガナ	年 月 日生		円
フリガナ	年 月 日生		円

(添付書類) インフルエンザワクチン接種の領収書等の写し

下記に口座番号等をご記入ください。		
金融機関名	銀行・信金 農協・信組 漁信	本・支店名 本店 支店・出張所
種類 普通・当座	口座番号	口座名義人（カタカナで記入してください。）