

ニセコ町長 様

住 所 虻田郡ニセコ町字
氏 名
連 絡 先
個人番号(65歳以上のみ)

インフルエンザ予防接種の費用について領収書を添えて助成申請します。
なお、この申請に基づく支給決定に当たり、ニセコ町が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

予防接種を受けた人			
	1	2	3
住所	ニセコ町字 <input type="checkbox"/> 同上	ニセコ町字 <input type="checkbox"/> 同上	ニセコ町字 <input type="checkbox"/> 同上
氏名	<input type="checkbox"/> 同上		
個人番号 <small>(65歳以上のみ)</small>	<input type="checkbox"/> 同上		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
対象区分	<input type="checkbox"/> 6か月から18歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯、 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 6か月から18歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯、 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 6か月から18歳 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯、 生活保護受給世帯
医療機関		<input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
接種費用	円	円	円

振込先

金融機関名 支店名		口座番号	当座・普通
		フリガナ 口座名義 (請求者と同一)	

添付書類 : 領収書

※町記入欄 (債権者登録 : 有 無 助成決定額 : 円)