

様式第1号(第6条関係)

湯梨浜町おたふくかぜ予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

湯梨浜町長 様

住所
請求者 氏名 (印)
被接種者との続き柄 ()
電話番号 _____

次のとおり、おたふくかぜ予防接種助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

一般世帯	接種実施日	令和 年 月 日	接種実施医療機関
	接種金額	左記接種金額の1/2 (100円未満の端数は切捨て) 上限3,000円	
	円	円	
生活保護世帯	接種金額	左記接種金額	
	円	円	
対象となる幼児		(ふりがな) 氏名	
		生年月日	年 月 日

生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けているため、接種費用全額の助成を請求します。また、助成金の支給にあたり、生活保護世帯に該当することを調査されることに同意します。

請求者署名 _____

個人番号 _____