

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 湯梨浜町久留19番地1  
請求者 氏名 湯梨浜 太郎 (印)  
被接種者との続き柄 ( 父 )  
電話番号 35-3111

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	3.000 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	
7.000 円	3.000 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	ゆりはま はなこ 湯梨浜 花子
		生年月日	平成●●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 \_\_\_\_\_

↑ 該当者のみ記載