

大口町告示第41号

大口町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和3年3月30日

大口町長 鈴木雅博

大口町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱の一部を改正する要綱

大口町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱（令和2年大口町告示第114号）の一部を次のように改正する。

様式第1を次のように改める。

様式第1 (第5条関係)

大口町インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

大口町長 様

申請日		年 月 日		
申請者 (保護者)	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		続柄	

このことについて、下記のとおりインフルエンザ予防接種費用助成金の支給を受けたいので、町がこの申請に基づく助成金の支給に関する事務を処理するため、私と私の同一世帯員の課税状況について確認することについて同意の上、関係書類を添えて申請します。

記

助成対象 となる方 について	氏名	カナ			
		漢字			
	生年月日	年 月 日			
	住所				
	所属	学校名、会社名等			
助成金申請額		<input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> その他 (      円)			
添付書類		(1) 医療機関が発行した領収書又は接種の事実及び接種費用の支払が分かる書類 (2) 健康保険組合等から接種費用の補助を受けた場合はその明細が分かる書類 (3) 入金を希望する通帳のコピー (銀行・支店名、口座名義、口座番号、預貯金種別がわかるように) (4) その他町長が必要と認める書類			

金融機関	金融機関・店名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 漁協				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
	口座番号 (右詰め)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座							
口座名義人		カタカナ							
		漢字	氏				名		

※口座名義人は申請者と同一名義に限ります。コードや口座番号は右詰めでご記入ください。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。