

甘楽町新型コロナワクチン任意予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

甘楽町長 様

申請者 住所 甘楽町大字
(保護者)

氏名

電話 (対象者との続柄)

新型コロナワクチン任意予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町新型コロナワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

また、町が当該申請に関する事務手続を処理するために下記対象者及び世帯員等に係る住民基本台帳情報及び町民税等に関する情報を閲覧することに同意します。

記

対 象 者	①	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	年	月	日	(満 歳)	性別
	②	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	年	月	日	(満 歳)	性別
	③	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	年	月	日	(満 歳)	性別
	住 所		甘楽町大字				
自己負担額		有（下記以外の人）					
①「有」「無」どちらかに○							
②「無」に○をした場合は カッコ内のいずれかに○		無（生活保護受給世帯、町民税非課税世帯、児童扶養手当受給世帯）					

※年齢については申請日時点の年齢を記入してください。

※生活保護受給世帯に該当する人は「生活保護受給証明書」等、生活保護を受給していることが分かるものを添付してください。