

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
(高齢者・生活保護受給者用)

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)

生活保護を受給している世帯に属しており、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、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	男 ・ 女	
	②	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	③	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	住 所		甘楽町大字			

※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。