

別記様式(第5条関係)

インフルエンザワクチン接種助成申請書

枝幸町長 様

年 月 日

申請者 住 所 枝幸町

氏 名 ㊟

(電話番号)

インフルエンザワクチン接種の助成を受けたいので申請します。

被保証記号・番号	枝 幸		区 分	一般 ・ 退職
接種者氏名		生 年 月 日		年 月 日生
振 込 先		口 座 番 号		
口座名義人		助 成 金 額		1,600円

決定年月日

年 月 日

課 長	参 事	主 幹	主 査	グループ員