

第1号様式（第5条関係）

綾瀬市中学3年生インフルエンザ予防接種助成申請書

年 月 日

(宛先) 綾 瀬 市 長

申請者 住 所 綾瀬市

(保護者) フリガナ

氏 名

接種対象者との続柄

電話番号 ()

綾瀬市中学3年生インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので次のとおり申請します。

なお、この助成に当たり、住民基本台帳並びに申請者、配偶者及び同居者の市県民税額を公簿等により確認することについて同意します。

※ 太枠内を記入してください。

フリガナ		生 年 月 日
接種対象者氏名		年 月 日
医療機関名		所 在 地
理 由	1 生活保護受給世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他 ()	←該当する番号に○をつけてください。