

様式第1号（第4条関係）

坂戸市新型インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて
（提出先：坂戸市立市民健康センター）

申請者

住 所 坂戸市

ふりがな _____

氏 名 _____

㊞

電話番号 _____

代理申請者

住 所 _____

ふりがな _____

氏 名 _____

㊞

電話番号 _____

申請者との関係 _____

※ 代理人が申請する場合は、上記申請者の委任状が必要です。

坂戸市新型インフルエンザワクチン接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

世帯員全員の氏名	続柄	生年月日	年齢	接種希望の有無
	世帯主	年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無

交付要件の確認のため、住民基本台帳、市・県民税課税台帳、生活保護受給資格等の調査・照会・閲覧を市がすることについて世帯員全員が同意します。

備考

- 1 助成対象者の確認は、世帯で判断しますので、ワクチン接種希望者と同居（住民登録が同じ世帯の方）する世帯員全員を記載してください。
- 2 世帯員全員の接種希望の有無について、「接種希望の有無」欄に○印を付けてください。