

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

出雲崎町長 様

住所
氏名

出雲崎町消防団員インフルエンザワクチン接種費用助成申請書

私は、出雲崎町消防団員インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により標記ワクチン接種費用の助成を申請します。

なお、助成金の受領については、私の消防団員報酬の振替に指定している口座に振り込んでいただくようお願いします。

記

所 属 部 名		階 級	
接種医療機関名			
接 種 日	年 月 日	接 種 料 金	円

※ 10 月 1 日から翌年 3 月 31 日の間に接種を受けた後、予防接種を受けた日の属する年度末までに申請してください。

※ 領収書 (写し可) を添付してください。

以下町記入欄.....

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしい かお伺いします。	起案				
	決裁				
決定	副町長	課 長	参 事 課長補佐	係 長 副参事	係
<input type="checkbox"/> 助成する 助成決定額 _____ 円					
<input type="checkbox"/> 助成しない					