

新型インフルエンザワクチン予防接種（優先接種者）非課税世帯確認申請書

杉戸町長 あて

申請者

住 所 杉戸町

氏 名

印

電 話

私は新型インフルエンザワクチン予防接種を受けるに当たり国が定めた優先接種者であり、町民税非課税世帯に該当するので、非課税世帯員であることの確認を申請します。

また、申請事由の確認のため、町民税課税状況の閲覧に同意します。

確認対象者	住 所	埼玉県北葛飾郡杉戸町
	世帯主氏名	
	接種者氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)
	電話番号	( )

平成 年 月 日

上記の者については、平成21年1月1日現在の世帯において、平成21年度住民税非課税世帯の世帯員であることを確認しました。

杉戸町長 古谷松雄

【接種者各位】

この確認書は接種が終了するまで各自で保管してください。（特に2回接種の方）  
埼玉県外で接種を希望される方は印鑑を持参のうえ保健センターまでお越しください。

【医療機関各位】

この申請は、申請者が非課税世帯の世帯員であることの確認を行うもので、優先接種者であることを証明するものではありません。

特に基礎疾患を有する方につきましては、国が示す指針に基づいて接種を行っていただきますようお願いいたします。

ご請求の際には、請求書に、接種者より提出される新型インフルエンザワクチン接種費用支払請求書兼代理受領委任状及びこの確認書の写しと予診票の写しを添付願います

〒345-0024 埼玉県北葛飾郡杉戸町堤根 4745-1

杉戸町保健センター 電話 0480-34-1188 FAX0480-34-1176

新型インフルエンザワクチン接種費用支払請求書  
兼 代理受領委任状

杉戸町長 へ

支払請求額						円
-------	--	--	--	--	--	---

新型インフルエンザワクチン接種費用の支払いを請求します。なお、その請求及び受領の権限を下記の事業者委任します

平成 年 月 日

住 所 埼玉県北葛飾郡杉戸町

請 求 者  
(委 任 者)

本人氏名 印

(本人が未成年者や成年被後見人の場合は保護者氏名欄にも記名、押印をお願いします。)

保護者氏名 印

事 業 者  
(受 任 者)

住 所

機 関 名  
代表者名