

新型インフルエンザワクチン予防接種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、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

【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】

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代理受領委任状

杉戸町長 あて

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医療機関に委任します。

平成 年 月 日

請求者
(委任者) 住所 _____
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 _____

(注；委任者の署名が直筆の場合は押印を省略することができます。)

医療機関
(受任者) 住所 _____
医療機関名 _____
代表者名 _____