聖籠町告示第82号

聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

平成30年10月22日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱の一部を改正する告示 聖籠町県外予防接種費用助成実施要綱(平成29年聖籠町告示第5 号)の一部を次のように改正する。

第2条中「予防接種を受けた者の保護者若しくは扶養親族」を「予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)又はその被接種者の 保護者(親権を行う者、後見人又はこれらに準ずる者で、現に被接種 者を養育又は看護しているものをいう。)」に改める。

第3条第1項中「法第2条第2項に規定するA類疾病に係る定期の」を「法第5条第1項の規定による」に改める。

別記様式第1号(第4条関係)を次のように改める。

世龍町長 様 中請者 住所 聖龍町大字 氏名 印 (自報又は記名押印) (被接種者との総柄:) TEL 次のとおり予防接種費用の助成を申請します。 被 接 種 者 氏 名 被 接 種 者 住 所 申 請 内 容 別紙領収書のとおり 歩 店 名 本店・						年	月	日
住所 聖龍町大字 氏名 印	聖籠町長	梢	Ŕ					
氏名 印 (信署又は記名押印) (被接種者との続柄:) TEL 次のとおり予防接種費用の助成を申請します。 毎 接種者生年月日年月日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日								
(自署又は記名押印) (被接種者との続柄 :) TEL 次のとおり予防接種費用の助成を申請します。 被 接 種 者 氏 名 被 接 種 者 生 年 月 日 被 接 種 者 住 所 申 請 内 容 別紙領収書のとおり 虚 機関名						7	印	
TEL 次のとおり予防接種費用の助成を申請します。 では 接 種 者 氏 名					(自署又に		W2.77	
次のとおり予防接種費用の助成を申請します。 被接種者生年月日 年月日 被接種者生年月日 年月日 申請內容別紙領収書のとおり 虚融機関名 銀行・農協信組・信金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金・労金				TE		この続柄 :)
被接種者生年月日 年月日 被接種者住所 申請内容別紙領収書のとおり 最後機関名 銀行・農協信組・信金・労金 口座番号等当座 支店名 本店・支店 口座番号等 当座 本店・支店 口座名義人 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。	次のとおり予	防接種費用の助成	戈を申請					
被接種者住所 申請内容別紙領収書のとおり 銀行・農協信組・信金・労金 口座番号等当座 支店名 本店・支店 支店名 本店・支店 水申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。平成年月日 氏名 氏名 印	被接移	重 者 氏	名	0			100	
被接種者住所 申請内容別紙領収書のとおり 銀行・農協信組・信金・労金 口座番号等当座 支店名 本店・支店 支店名 本店・支店 水申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。平成年月日 氏名 氏名 印								
申 請 内 容 別紙領収書のとおり 銀行・農協信金・労金 口座番号等 当座 支店名 本店・	被接種	者 生 年 月	日		4	手 月	日	
振込指定機関 金融機関名 銀行・農協 信組・信金・労金 口座番号等 当座 フリガナ 口座名義人 本店・ 支店 口座名義人 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。 平成 年 月 日 氏名 印	被接	種者住	所	er .	=			
振込指定機関 金融機関名 信組・信金・労金 口座番号等 当座 フリガナ フ座名義人 本店・ 文店 口座名義人 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。 平成 年 月 日 氏名 印	申請	内	容	別紙領収書のと	おり			
振込指定機関 ・労金 当座 フリガナ フ 店 名 本店・ 支店 口座名義人 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。		金融機関名	24			1 100 CCC		
支 店 名 本店・ 支店 口座名義人 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。	振込指定機関	32 114 124 124 14			- ALM 5 1			
※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。 私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。 平成 年 月 日 氏名 印		支店名		7.4	フリガナ	-		
私は上記口座名義人に予防接種料助成金の受け取りを委任します。 平成 年 月 日 氏名 印			本店・	支店	口座名義人			
平成 年 月 日 <u>氏名</u> <u>印</u>	※申請者	と口座名義人が昇	異なる場	合は、下記に記入	してください。			
<u>氏名</u>	私は上記	己口座名義人に予	防接種類	料助成金の受け取り)を委任します			1
		平成 年	· 月			印		
					(自署又は記名			
				翌月末となります。				
した領収書を添付してください。 2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。	- WALLES TO MAKE							
2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。			助成決	·定額	<u>円</u>			

附 則

この告示は、告示の日から施行し、平成30年10月1日から適用 する。