

様式第 1 号(第 5 条関係)

障がい児・者季節性インフルエンザ予防接種費用助成金交請求書

年 月 日

北栄町長 様

請求書 住所 北栄町
氏名 ㊞

下記のとおり、予防接種をしましたので、助成金の領収書を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

助成金請求金額		1,500 円	
予防接種実施年月日		年 月 日	
予防接種実施医療機関			
対象者	住 所	〒 北栄町 電 話	
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	

【添付書類】 様式第 2 号または医療機関が発行する領収書（予防接種名の記載があるもの）

北栄町会計管理者様
助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支 店 名	
	預 金 種 別		フリガナ	
	口 座 番 号		口 座 名 義	

市町村 確認欄