

季節性インフルエンザ予防接種助成金請求書

年 月 日

北栄町長 様

住 所

請求者 氏 名 ㊞

被接種者との続柄 （ ）

電話番号 _____

次のとおり季節性インフルエンザ予防接種助成金を請求します。また、助成の交付決定にあたり、住民登録や生活保護世帯に該当することを調査することに同意します。

請 求 金 額	円
---------	---

1 回目	接種実施日 年 月 日		接種実施医療機関	助成金額
	支払い金額	円		円
2 回目	接種実施日 年 月 日		接種実施医療機関	助成金額
	支払い金額	円		円
被接種者		(ふりがな) 氏 名		
		生年月日	年 月 日	
区 分		1 助成券を提出しないで接種を受けた・協力医療機関以外の医療機関等で接種を受けた		
		2 生活保護世帯に属している		

*添付書類 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）

会計管理者 様

助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別 普通・その他（ ）

口座番号 _____ (ふりがな)
口座名義人 _____

担当者確認印

--