

富加町小児インフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

富加町長様

小児インフルエンザ予防接種を実施しましたので、富加町小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、必要書類を添えて申請し、下記の金額を請求します。

なお、金額などの確認のために必要な場合は、医療機関等に対し内容等を照会することについて同意します。

保護者（申請者）	住 所	富加町		
	氏 名			
	電話番号	—		
対象者	氏 名			
1回目接種	接種日	医療機関名	接種金額	
	年 月 日		円	
2回目接種	接種日	医療機関名	接種金額	
	年 月 日		円	
助成申請額	金 円	予防接種1回につき2,000円以内とし、満12歳以下の者は2回、満13歳以上の者は1回助成金を交付する。		
申請受理年月日	年 月 日	可否決定年月日	年 月 日	

【振込先】

金融機関 ※ゆうちょ銀行以外	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 ・出張所
	金融機関コード	店舗コード
種 目	普通預金(総合口座) ・ 当座預金 ・ その他	
口 座 番 号		
ゆうちょ銀行の場合	記 号	番 号
フリガナ		
口座名義人		
請 求 額	金 円	

(添付書類)

- ・ 予防接種の領収書(原本)