

別記様式（第8条関係）

三朝町インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

年 月 日

三朝町長 様

住 所
請求者 氏 名 ⑩
被接種者との続柄 ()
電話番号

次のとおりインフルエンザ予防接種費用助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

予防接種実施日	年 月 日	予防接種医療機関
接種金額	助成金額	
円	円	
被接種者	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)

備考 添付書類

- (1) 医療機関等の発行する領収書又はその写し
- (2) インフルエンザ予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類の写し

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

会計管理者 様