

様式第3号（第7条関係）

三朝町季節性インフルエンザ予防接種助成金請求書

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

次のとおり季節性インフルエンザ予防接種助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

1 回 目	接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関	
	接種金額	助成金額		
	円	円		
2 回 目	接種実施日	年 月 日	接種実施医療機関	
	接種金額	助成金額		
	円	円		
被接種者		(ふりがな) 氏 名	年 月 日	
		生年月日		

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 _____

会計管理者 様