

様式第3号（第7条関係）

三朝町小児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

次のとおり三朝町小児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
	ワクチンの種類	不活化ワクチン・経鼻弱毒生ワクチン	
	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
	ワクチンの種類	不活化ワクチン	
	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

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