インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

令和　　年　　月　　日

鏡石町長　様

下記のとおり助成金を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | 電話番号  　　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | |
| 住　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 被接種者氏名 | 生年月日 | | | | 続柄 | 実施年月日 | | | | 請求金額  該当するところに〇をつける | | | | | | |
|  | S・H・R　　年　月　日 | | | |  | R　　年　　月　　日 | | | | １　１歳以上１２歳1,000円２ １３歳以上１８歳 1,000円  （18歳以下高校生相当）  ３　妊婦　　　　　 3,000円 | | | | | | |
|  | S・H・R　　年　月　日 | | | |  | R　　年　　月　　日 | | | | １　１歳以上１２歳1,000円２ １３歳以上１８歳 1,000円  （18歳以下高校生相当）  ３　妊婦　　　　　 3,000円 | | | | | | |
|  | S・H・R　　年　月　日 | | | |  | R　　年　　月　　日 | | | | １　１歳以上１２歳 1,000円  ２ １３歳以上１８歳1,000円  （18歳以下高校生相当）  ３　妊婦　　　　 　3,000円 | | | | | | |
|  | S・H・R　　年　月　日 | | | |  | R　　年　　月　　日 | | | | １　１歳以上１２歳　1,000円  ２ １３歳以上１８歳1,000円  （18歳以下高校生相当）  ３　妊婦　　　　　3,000円 | | | | | | |
| 請求金額合計 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 指定振込口座 | | 金融機関名 | | 銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・支店  農協・信用組合 | | | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | | １．普通  ２．当座 | | | 口座番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【添付書類】 | | | | | | | | | | | | | | チェック欄 | | |
| （１）医療機関が発行する予防接種を受けたことを証する書類（母子手帳） | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| （２）予防接種料の領収書及び明細書 | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| （３）振込先口座のわかる通帳の写し | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| （４）請求者と口座名義人は同一であること。 | | | | | | | | | | | | | |  | | |

　※入金は請求書提出の翌月末頃、ご指定の口座に振込みます。振込通知書は送付しませんので、通

帳でご確認ください。

|  |
| --- |
| ※決定金額（町記入） |
| 円 |