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　　　 |