

予防接種助成金請求書

予防接種名	インフルエンザワクチン予防接種			
被接種者	氏名			
	生年月日	年	月	日生 歳
	住所	三春町		
	接種回数	1回目	2回目	
被接種者	氏名			
	生年月日	年	月	日生 歳
	住所	三春町		
	接種回数	1回目	2回目	
接種医療機関	名称			
	住所			
医療機関に支払った金額				円
助成金請求額				円

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

三春町長

請求者 住 所 三春町

氏 名

(印)

電話番号

(被接種者との続柄)

【振込指定口座】

金融機関名	銀行・農協・信用金庫	支店・支所
口座番号	普通・当座 (番号)	
口座名義人氏名(漢字)		
口座名義人氏名(カナ)		

【注意事項】

- ①医療機関が発行する 予防接種済証 及び 領収書 を添付してください。
- ②振込指定口座の写しを添付してください。
- ③振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ④訂正するときは、訂正印を押してください。(ただし、金額の訂正は無効です。)