

年 月 日

インフルエンザ予防接種費用助成事業償還払申請・請求書

新温泉町長 様

請求者 住 所 新温泉町

氏 名 () (続柄：)

連絡先 () -

新温泉町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、書類を添えて助成金の償還払いを申請し、請求いたします。

予防接種を受けた人の氏名			性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日生		年 齢	満 歳 か月	
住 所	新温泉町		連絡先	() -	
接 種 日	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	
接種医療機関	医療機関所在地： 医療機関名：				
請求助成金	円				
上記の助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任いたします。					
金融機関名	銀行・信用金庫・協同組合・()				
支 店 名	支店・支所・出張所・()				
口 座 種 別	普通 ・ 当座 ・ ()				
口 座 番 号					
フリガナ					
口 座 名 義 人					

※この申請書には、医療機関が発行したインフルエンザ予防接種領収書（予防接種の実施がわかるもの）の原本を添えて提出してください。（インフルエンザ予防接種の実施がわかるもの）