

インフルエンザ任意予防接種費用助成申請兼請求書

年 月 日

鏡野町長 殿

下記のとおり、インフルエンザ任意予防接種費用の助成を申請、請求します。

申請者記入欄	申請者氏名	※ <small>※本人が手書きしない場合は、記名押印してください</small>		被接種者に対する続柄		
	申請者住所	鏡野町		TEL( )	—	
	被接種者氏名		生年月日	年 月 日生		
	被接種者住所	鏡野町				
	予防接種の種類	インフルエンザ 1回目 ・ 2回目 ・ 経鼻				
		1回目・経鼻 接種年月日	年 月 日	2回目 接種年月日	年 月 日	
		上記の予防接種に対する接種料金 _____円		上記の予防接種に対する接種料金 _____円		
	医療機関所在地		医療機関所在地			
	医療機関名		医療機関名			
※インフルエンザ予防接種に関し支払った金額のみをご記入ください。						

町記入欄	給付決定額		円				
	決	課長・特命参事	課長代理・補佐	主幹・主任	係	支出命令	給付台帳
	裁					月 日	月 日

※口座番号	金融機関の名称	( )銀行・信用金庫・農協	( )本店・支店・支所
	預金の種別	普通・当座	番号
	フリガナ		
	名義人		

※申請者が記入し、領収書(原本)、接種済証または母子手帳の写しを添付すること。  
(申請者は保護者の氏名及び口座を記入)