

インフルエンザ任意予防接種費用助成申請兼請求書

令和 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	※ 被接種者に対する続柄				
	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください					
	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				
	1回目接種年月日		令和 年 月 日	2回目接種年月日		令和 年 月 日
	上記の予防接種に対する接種料金			上記の予防接種に対する接種料金		
	円			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。
(未成年者の場合、申請者は保護者の氏名及び口座を記入。)