

高齢者インフルエンザ予防接種助成金請求書

琴浦町長 小松 弘明 様

住 所 琴浦町大字

請求者 氏 名 ㊞

電話番号 _____

年度に接種した高齢者インフルエンザ予防接種の一部負担金を、医療機関の発行する領収書を添付して、次のとおり請求します。

また、助成金の支給にあたり、住民登録、生活保護受給の有無について調査されることに同意します。

接 種 年 月 日 年 月 日

接種医療機関

インフルエンザ予防接種一部負担金 2, 3 0 0 円

1. 助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別： 普通・その他（ _____ ）
(フリガナ)

口座番号 _____ 口座名義人 _____

2. 助成金は、(本庁)窓口受け取りを希望します。