

高齢者インフルエンザ予防接種助成金請求書

琴浦町長 福本 まり子 様

住 所 琴浦町大字

請求者 氏 名 ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

令和4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 令和 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 2,300円

**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（ \_\_\_\_\_ ）

口座番号 \_\_\_\_\_ (フリガナ)  
口座名義人 \_\_\_\_\_

## 記入例

- 内の記入をお願いします
- 領収書、接種済証(写しまたは原本)を添付してください

様式第1号(第10条関係)

令和 年 月 日

### 高齢者インフルエンザ予防接種助成金請求書

琴浦町長 福本 まり子 様

必ず押印してください

住所 琴浦町大字  
請求者 氏名 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

令和4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 令和 年 月 日

接種医療機関

接種年月日、医療機関は  
予防接種済証に記載され  
ている内容を記入してく  
ださい

インフルエンザ予防接種一部負担金 2,300円

**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 \_\_\_\_\_

助成方法は、口座振込です。  
口座人名義は請求者本人と同じにしてください。  
※別の方にする場合は、委任状の記載が必要です。