

琴浦町定期予防接種助成金請求書

年 月 日

琴浦町長 様

住所
請求者 氏名 ㊟
被接種者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり、琴浦町定期予防接種助成金を請求します。

請求金額	円
------	---

定期予防接種種類	高齢者インフルエンザ	定期接種実施医療機関
定期予防接種実施日	年 月 日	
支払額	円	
助成限度額	円	
助成対象者	(ふりがな) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	琴浦町

添付書類

領収書・予防接種済証・予診票

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（ _____ ）

(ふりがな)

口座番号 _____ 口座名義人 _____