

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

住 所 琴浦町大字

請求者 氏 名

電話番号 _____

令和8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 _____

接種医療機関名 _____

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 _____

（琴浦町記入欄）

検 査：良 令和 年 月 日

支 払 日：令和 年 月 日

伝票 No：