

高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金償還払請求書

令和 年 月 日

五戸町長 様

下記のとおり高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金を請求します。

記

請求者	フリガナ		生年月日	明治 年 月 日
	氏名	印		大正 年 月 日
	住所	五戸町 電話（ ） -		
請求額	円（A）と（B）のいずれか少ない額			
	助成上限額（A）		接種費用（B）	
	4,200 円		円	
予防接種を受けた医療機関		接種年月日	令和 年 月 日	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	