

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

年 月 日

五戸町長 様

申請者 住 所
(被接種者)
氏 名 印
(受診者との続柄：)
電話番号

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

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	明治
	氏 名	☐ 申請者と同じ		大正 年 月 日 昭和
	送付先住所	☐ 申請者と同じ		
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	
請求額		助成上限額 (A)		接種費用－控除額 (B)
		円		円
		円 (A) と (B) のいずれか少ない額円		