

五戸町子どもの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

申請者 住 所

氏 名
(対象者との続柄：)
電話番号

下記のとおり五戸町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	平成	年	月	日
	氏名			令和			
	住所	五戸町					
		☐ 申請者と同じ 電話（ ） －					
請求額 （接種費用）		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				