様式第１号（第１０条関係）

**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 | 昭和平成　　年　 月　 日令和 |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　　所 | 五戸町□申請者と同じ　　　　　　　　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） |
| 　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 |  |