

様式第 4 号（第 8 条関係）

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

五戸町長 様

令和 年 月 日

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。
助成金償還払交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、町民税課税等の調査を行
うことに同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	明治	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ		大正	
	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－控除額 (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	