

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

太枠部分をご記入ください。

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 () -					
予防接種を受けた医療機関			接種年月日	1 回目接種日 令和 年 月 日 2 回目接種日 ※但し 13 歳未満の注射接種者 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 (接種費用)		円					

- (注意事項) 1.本助成金の請求は、同一年度内につき 1 回限りです。
2.請求は、助成対象となるすべての接種が完了した後に、一括して提出してください。(原則、分割しての請求はできません。)
3.請求期限は、接種を行った月の属する年度の 3 月 3 1 日までです。