

飯綱町長 様

申請者住所

氏名

印  
(被接種者との関係 )

飯綱町インフルエンザ予防接種助成金（償還払）申請書兼請求書

下記のとおり、インフルエンザ予防接種助成金の償還払を受けたいので、飯綱町インフルエンザ予防接種費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、償還要件確認のため住民基本台帳等の公簿の閲覧及び確認等が必要な場合は接種医療機関に問い合わせることに同意します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名	(フリガナ)	生年 月 日	年 月 日生 ( 歳 か月)
住 所			
電話番号			

2 接種した医療機関

医療機関	住 所	
	名 称	

3 接種状況

予防接種の種類	接種日	支払料金	*請求金額	町の契約単価
インフルエンザ1回目				
インフルエンザ2回目 (13歳未満の方のみが対象)				

\*請求金額は、支払料金と契約単価のいずれか低い金額になります。

4 振込先

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

5 関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書の原本
- (2) その他町長が必要と認める書類