

立山町子どもインフルエンザ予防接種費用助成請求書

年 月 日

立山町長 宛

(請求者) 住所 _____
 医療機関名 _____
 代表者名 _____ (印)
 連絡先TEL _____

標記について、立山町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、請求します。

記

請求額 _____ 円

	対象者	請求月	使用件数(件)	単価(円)	合計(円)
皮下接種	未就学児以上	月	件	3,000円	円
	その他※ ¹	月	件	円	円
経鼻	未就学児以上	月	件	5,000円	円
	その他※ ²	月	件	円	円

※1 1回接種の単価が3,000円未満の場合、ご記入ください。

※2 1回接種の単価が5,000円未満の場合、ご記入ください。

(振込先金融機関)※³

金融機関名		支店名	
預金種目	普通 ・ 当座		
口座番号			
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

※3 前回の振込先と同様の場合は、記入不要です。

添付書類：使用済み助成券