

様式第1号（第5条関係）

インフルエンザ予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者(保護者) 住 所 〒

亀山市

フリガナ

氏 名



生年月日 年 月 日

電話番号

※本人が署名しない場合は、記名押印してください

下記のとおり、インフルエンザの予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、必要書類を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 被接種者名等

被接種者名	生年月日	接種日	接種金額	接種医療機関名	助成額
	年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	円		
	年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	円		
	年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	円		
	年 月 日	年 月 日	円		円
		年 月 日	円		
				助成額合計 (請求額)	円

3 振込先

振込先	銀行		支店	
	農協			支所
	信用金庫			
	普通	当座		
	フリガナ			
	口座名義人			

備考

- 2及び3に関しては、太枠内のみ記入してください。
- インフルエンザ予防接種費領収書（様式第2号）又は予防接種を行った医療機関が発行する領収書その他の予防接種に係る支払額が確認できる書類を添付してください。