

高齢者インフルエンザ予防接種費助成金請求書

金額	円
----	---

(接種者 2,500円× 件分)
(免除接種者 円× 件分)

予防接種費助成金として、別紙被接種者予診票を添付し上記のとおり請求します。

年 月 日

身延町長 様

医療機関所在地
医療機関名
代表者名

印

振込先			
名称	銀行 農協 信用組合 信用金庫 店		
口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	
口座名義 (カタカナ)			

以下は記入しないでください。

検 収	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。 年 月 日 職氏名
-----	--