

高齢者肺炎球菌予防接種費助成金請求書

金額	円
----	---

(接種者 4,000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いたします。

年 月 日

身延町長 様

医療機関所在地  
医療機関名  
氏 名

振 込 先	
名 称	農 協 店 銀 行 店 信用組合 店
口座番号	1 普通 2 当座 番号 ( )
口座の名義 (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
-----	--