

インフルエンザ予防接種助成事業償還払込請求書

令和 年 月 日

新地町長 大 堀 武 様

(被接種者) 住所 _____

氏名 _____ 印

支払請求額	円
-------	---

インフルエンザ予防接種助成事業に係るワクチン接種費用として、次の書類を添えて、上記金額を請求します。

1 添付書類

- (1) 予防接種済証または問診票の写し
- (2) 予防接種領収証書の写し
- (3) 還付を受ける口座のコピー

振込先金融機関名		本店	支店
預金種別	1 普通 2 当座 （該当する方を○で囲んでください。）		
フリガナ			
口座名義			
口座番号			

(注意事項)

- ① 振込先の口座名義は、被接種者と同じ名義に限ります。
- ② 訂正されるときは、訂正印（数字の訂正は不可）を押印してください。