

「記入例」

赤字部分を記入して、提出してください。

(日付と支払い請求額の欄には記入しないでください)

インフルエンザ予防接種助成事業償還払込請求書

記入しないで下さい。

令和 年 月 日

新地町長 大堀 武 様

忘れずに押印してください

(被接種者) 住所 新地町谷地小屋字樋掛田 40-1

氏名 新地 太郎

新
地

記入しないで下さい。

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	〇〇銀行	本店 新地 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	シンチ タロウ	
口座名義	新地 太郎	
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	

(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。