

年 月 日

子どもインフルエンザ予防接種費用助成金 請求書

村山市長 へ

(申請者)

住 所 村山市 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

インフルエンザ予防接種の費用について助成していただきたく、関係書類を添えて申請します。

請求額 _____ 円

(被接種者：氏名 _____ 生年月日 _____)

内訳

回数	医療機関名、接種日、 接種時年齢 (月齢)	接種費用	請求額 (上限 1,900 円/回)
1 回目	医療機関名 _____ 接 種 日 _____ 接種時年齢 _____ 歳 ____ 月	円	円
2 回目 (※)	医療機関名 _____ 接 種 日 _____ 接種時年齢 _____ 歳 ____ 月	円	円

※接種日において生後 6 か月～12 歳未満の方のみ

振込先：申請者名義の口座を記入してください

金 融 機 関 名	銀行・信金・農協
支 店 名 (本店は、○で囲んでください)	支店・本店
口座の種類 (どちらかを○で囲んでください)	普通 ・ 当座
口 座 番 号	
口座名義 (カタカナで記入してください)	

- 必要書類 1、医療機関発行の領収書及び診療明細書 (原本)
2、申請者名義の通帳の写し

課長	補佐	係	検収印