

川崎町インフルエンザ予防接種助成事業償還払請求書

川崎町長様

令和 年 月 日

川崎町インフルエンザ予防接種助成事業に係る助成金について、次のとおり請求します。
太枠内をご記入ください。

請求者（保護者）氏名		㊤ 接種者との関係（ ）			
住 所		(住民票のある所) 川崎町		電話番号 ()	
①	接種者氏名			生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
	助成対象区分	実施日		実施医療機関	支払額
	☐ 生後 6 か月児～12 歳	1 回目：令和 年 月 日			円
	☐ 13～15 歳	2 回目：令和 年 月 日			円
	(概ね中学 1～3 年生)	請求金額（1～2 回目の支払額の合計）		円	
②	接種者氏名			生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
	助成対象区分	実施日		実施医療機関	支払額
	☐ 生後 6 か月児～12 歳	1 回目：令和 年 月 日			円
	☐ 13～15 歳	2 回目：令和 年 月 日			円
	(概ね中学 1～3 年生)	請求金額（1～2 回目の支払額の合計）		円	
③	接種者氏名			生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
	助成対象区分	実施日		実施医療機関	支払額
	☐ 生後 6 か月児～12 歳	1 回目：令和 年 月 日			円
	☐ 13～15 歳	2 回目：令和 年 月 日			円
	(概ね中学 1～3 年生)	請求金額（1～2 回目の支払額の合計）		円	

※助成金額は、①6 か月～12 歳は 2 回合計 10,200 円まで、②13～15 歳の中学生は 1 回のみ 5,600 円が上限です

振込先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金			支店・本店 支所・出張所					
	金融機関コード			店舗コード		口 座 番 号			
	口座の種類		普通			当座			
	フリガナ								
	口座名義人氏名								

〈役場記入欄〉						
確 認 欄	① 川崎町に住民登録をしている	☐	④ 母子健康手帳の写し	☐	(受付者)	(確認者)
	② 生後 6 か月～12 歳である	☐	⑤ 医療機関領収証の写し	☐		
	③ 13～15 歳（概ね中学 1～3 年生）	☐	⑥ 預金通帳の写し	☐		
			⑦ 個人コード	_____		