

川崎町インフルエンザ予防接種助成事業償還払請求書

令和 年 月 日

川崎町長 様

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。

請求者氏名		㊟	接種者①との関係（ ）		
			接種者②との関係（ ）		
			接種者③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	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	助成対象区分	実施日	実施医療機関	支払額	自己負担額
	☐ 一般	令和 年 月 日		円	1,000円
	☐ 生活保護	請求金額（支払額－自己負担額）		円	
②	接種者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	助成対象区分	実施日	実施医療機関	支払額	自己負担額
	☐ 一般	令和 年 月 日		円	1,000円
	☐ 生活保護	請求金額（支払額－自己負担額）		円	
③	接種者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
	助成対象区分	実施日	実施医療機関	支払額	自己負担額
	☐ 一般	令和 年 月 日		円	1,000円
	☐ 生活保護	請求金額（支払額－自己負担額）		円	
※ 助成金額は、16歳から65歳未満は4,600円（生活保護受給者は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 予防接種済証の写し	☐	(受付者)	(確認者)
	② 16歳～65歳未満である	☐	⑤ 預金通帳の写し	☐		
	③ 医療機関領収証の写し	☐	⑥ 個人コード	_____		