

様式第1号（第4条関係）

季節性インフルエンザ予防接種費用償還払い申請書兼請求書

被接種者	ふりがな		生年	T・S・H・R
	氏名		月日	年 月 日
該当に○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> ① 65歳以上 <input type="checkbox"/> ② 基礎疾患のある者（60歳～64歳で心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害がある方で身体障害者1級相当の方） <input type="checkbox"/> ③ 上記①②該当者の内、生活保護を受給している者 <input type="checkbox"/> ④ 生後6ヵ月～18歳（高校3年生相当で被扶養者の方）			
請求額内訳 ※太枠内は 担当課で記入	実施日	接種料金	自己負担額（○で囲む）	申請額
			①②該当 1000円	
			③④該当 0円	
				申請合計額
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	支店名	本店 支店（所）
	金融機関コード		記号	※ゆうちょ銀行のみ記載
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		
<p>上記のとおり、予防接種費用の助成金を請求します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 上土幌町</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">（被接種者との続柄）</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>上土幌町長 様</p>				

添付書類

- (1) 医療機関が発行する領収書
- (2) 予防接種を受けたことを証する書類（接種済証又は母子健康手帳への医療機関の記載）