

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（保護者）氏名		⑩ 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	
	<input type="checkbox"/> 生後6か月児～12歳	1回目：令和 年 月 日		円	
	<input type="checkbox"/> 13～15歳 (概ね中学1～3年生)	2回目：令和 年 月 日		円	
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	
	<input type="checkbox"/> 生後6か月児～12歳	1回目：令和 年 月 日		円	
	<input type="checkbox"/> 13～15歳 (概ね中学1～3年生)	2回目：令和 年 月 日		円	
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	
	<input type="checkbox"/> 生後6か月児～12歳	1回目：令和 年 月 日		円	
	<input type="checkbox"/> 13～15歳 (概ね中学1～3年生)	2回目：令和 年 月 日		円	
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9,400円まで、②13～15歳の中学生は1回のみ5,200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	<input type="checkbox"/>	④ 母子健康手帳の写し	<input type="checkbox"/>	(受付者)	(確認者)	
	② 生後6か月～12歳である	<input type="checkbox"/>	⑤ 医療機関領収証の写し	<input type="checkbox"/>			
	③ 13～15歳（概ね中学1～3年生）	<input type="checkbox"/>	⑥ 預金通帳の写し	<input type="checkbox"/>			
				⑦ 個人コード	_____		