

令和 年 月 日

奥州市長 様

住 所

医療機関名

代表者職氏名

㊞

予防接種費用助成金請求書 (おたふくかぜ・小児インフルエンザ)

令和 年 月接種分に係る被接種者が受領する助成金として、助成券を添えて請求します。

請求金額 _____ 円

1 内訳

予防接種の種類	区分	単価	接種者数	合計金額
おたふくかぜ	接種費用一部助成	3,000 円	人	円
	接種費用全額助成	7,420 円	人	円
小児 インフルエンザ	接種費用一部助成 (1回目)	1,500 円	人	円
	接種費用全額助成 (1回目)	円	人	円
	接種費用全額助成 (2回目)	円	人	円

※ 請求金額の訂正はできません。それ以外の部分を訂正するときは訂正印（請求印と同じもの）を使用してください。

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			