医療機関 　→　 村

様式第２号（第９条関係）

舟橋村子どものインフルエンザ予防接種費助成金交付請求書

年　　　月　　　日

舟橋村長　様

住　　　所

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

舟橋村子どものインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第９条の規定に基づき、

年　　　月分の子どものインフルエンザ予防接種費助成金の交付を下記の

とおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 単　　価 | 件　　数 | 金　　額 |
| 高校生 | | 3,000円 | 件 | 円 |
| 円  3,000円未満 | 件 | 円 |
| 中学生 | | 3,000円 | 件 | 円 |
| 円  3,000円未満 | 件 | 円 |
| 小学生 | １回目 | 3,000円 | 件 | 円 |
| 円  3,000円未満 | 件 | 円 |
| ２回目 | 3,000円 | 件 | 円 |
| 円  3,000円未満 | 件 | 円 |
|  | | 合計 | 件 | 円 |

**＊振込先の変更がありましたら、下記にご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  金融機関名 |  | 銀行  金庫 |  | | | | 出張所 | | | |
| 預金種別及び  口座番号 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | |

＊接種券・予診票(原本)を添付してください。

＊本請求書は当該月の翌月の１０日までに提出ください。