様式第２号（第７条関係）

医療機関 → 村

年　　　月　　　日

　舟橋村長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成金代理請求書

舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成事業実施要綱第７条第５項の規定により、次のとおり請求します。

１　請求金額　　　　　　　　　　　　　　円

２　請求金額の内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求月 | 接種件数 | 単　価 | 請求金額 |
| 月分 | 単価5,000円の件数  　　　　　　　　　　　件 | 5,000円 | 円 |
| 単価10,000円の件数  　　　　　　　　　　件 | 10,000円 | 円 |
| 合　計 | 件 |  | 円 |

３　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 村の債権者登録口座と同じ場合は、左の□欄に✔印を記入してください。この場合は、口座情報の記載は不要です。 | | | |
| 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| 口座名義人 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |

添付書類

□舟橋村帯状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書