**予防接種等償還払請求書（インフルエンザ助成用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種等者氏名 |  | 性別 | | | 男・女 | | 生年月日 | | 平成  年　　　月　　　日 | | |
| 保護者名 |  |
| 被接種等者住所 | 浅川町大字　　　　　字 | | | | | | | | 電話番号 |  | |
| 接種医療機関 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 交付金請求額 | １，０００　円 | | | 支払方法 | | 口座振替 | | 銀行　　　　店  当・普　NO | | | |
| （名義名　　　　　　　　　） | | | |
| 予防接種等料金受領証明書(医療機関記入欄) | | | | | | | | | | | |
| 予防接種名・実施年月日及び請求・受領額 | インフルエンザ  ロット№ | | 平成　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | 円 |
| 医療機関所在地  名　　　称  氏　　　名 | 印 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求いたします。  　　　　年　　月　　日  住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印  (被接種等者との続柄：　　　)  　浅川町長　様 | | | | | | | | | | | |

交付支払伺い

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町長 |  | 副町長 |  | 総務課長 |  | 課長 |  | 主幹 |  | 主任主査 |  | 担当 |  |
| 交付決定額 | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 伺年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 決裁月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |