

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No.	平成	年	月	日	円		
医療機関所在地 名称 氏名	印							
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名 (被接種等者との続柄：) 印</p> <p>浅川町長 様</p>								

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											

