

年 月 日

上市町長 宛て

医療機関所在地

医療機関名称

代表者名

印

電話番号

上市町児童インフルエンザ予防接種費用助成金代理請求書（皮下注射ワクチン）

上市町児童インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第8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 3,000 円の件数 件	3,000 円	円
	単価 3,000 円未満の件数 件		円
合 計	件		円

3 助成金の振込先

☐	町の債権者登録口座と同じ場合は、左の口欄に✓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		

4 添付書類

上市町児童インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（皮下注射ワクチン）