

石川町子どものインフルエンザ予防接種交付金請求書

平成 年 月 日

石川町長 様

住 所 石川町

請求者 氏 名 ⑩

(被接種者との続柄：)

電 話

インフルエンザ予防接種を受けましたので、石川町子どものインフルエンザ予防接種交付金交付要綱第6条の規定により次のとおり請求します。

被接種者氏名	生 年 月 日	接 種 日	予防接種 支払額
	H 年 月 日 (歳)	H 年 月 日	円
	H 年 月 日 (歳)	H 年 月 日	円
	H 年 月 日 (歳)	H 年 月 日	円
	H 年 月 日 (歳)	H 年 月 日	円
	H 年 月 日 (歳)	H 年 月 日	円
交付金 1,000円 × 人 請求金額 ￥ 円			

上記の交付金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合		本 ・ 支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			