

予防接種助成事業償還払請求書

金山町長 あて

支払請求額	円
-------	---

(内容 インフルエンザ 新型コロナ) ← どちらかを○で囲んでください。

上記のとおり、 年 月分の金山町インフルエンザ及び新型コロナウイルス予防接種実施要領に係るワクチン接種費用を請求します。

年 月 日

(請求者)

住 所
氏 名

印

(対象者との続柄)

(対象者)

住 所 金山町大字
氏 名

振 込 先 金融機関名	銀行	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

(注意事項)

- ① ワクチンを接種した医療機関が発行するワクチン予防接種済証と、領収書の写しを添付してください。
- ② 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ③ 訂正されるときは、訂正印を押印してください。