

インフルエンザ予防接種補助金請求書

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を利用しましたので、利用料金領収書(写)添えて補助金を請求いたします。

なお、請求金額は、補助金振込依頼書の口座名義人に振込願います。

記号・番号	999-	フリガナ	
		被保険者 氏名	
住所	〒 _____ TEL (_____) _____		

インフルエンザ予防接種		補助金限度額(1人当り) 1,500円	
実施人数	_____人	請求金額	_____円 ※支払額が補助金限度額に満たない場合はその支払額

	受診年月日	氏名	実施機関名称
受診者名簿	. .		
	. .		
	. .		
	. .		
	. .		
	. .		

令和 年 月 日

