河合町高齢者インフルエンザ接種費用助成金交付申請書兼請求書

償還受付番号

令和　　年　　月　　日

（あて先）河合町長

申請・請求者 住　　所　河合町

（予防接種を受けた人）氏　　名　　㊞

電話番号

次のとおり、河合町高齢者インフルエンザ接種費用助成金の交付を申請します。なお、この申請に基づく助成金交付決定を行うにあたり、町が保有する情報を閲覧又は調査すること及び医療機関に紹介することに同意します。

インフル＞請求書＞1

接種者名	氏　　名			男　・　女
	生年月日	年　　月　　日　　歳		
接種医療機関名		接　種 年月日	年　　月　　日	
医療機関に支払った額	金　　円			
助成金額	金　　円			
次の金融機関の口座に振り込んでください。　※通帳確認の上、記入してください。 ※ゆうちょ銀行は、支店名必須				
金融機関名	銀行 農協 信金		□本店 □支店 □出張所	
コード				
預金種別	□普通　・□　当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

《添付書類》

①領収書の原本（接種者氏名、接種年月日、予防接種名、領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。）

②接種証明書等の予防接種を受けたことが分かる書類

接種内容（ワクチンの種類等）、接種者氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類

③口座振り込みのコピー

※未接種料金は補助対象外、支払った額が補助対象額を超えた場合の差額は全額自己負担となります。

（注）接種日の年度内に申請してください。期日より遅れた場合は、償還払はできません

【請求先】

〒636-0053

奈良県北葛城郡河合町池部１－２－９

河合町保健センター

℡　0745-56-6006

受付者	受付日