

年 月 日

石岡市長 あて

高齢者インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

次のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種費用助成を申請します。

申請者 (被接種者)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	

請求金額	円
------	---

振 込 先 ※	銀行 (コード)	支店 (コード)	当座・普通
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※申請者と異なる場合は委任状が必要です

予防接種に関する事項

予防接種名	高齢者インフルエンザ
接種年月日	年 月 日
医療機関名	
接種金額	
* 交付決定額	

必要書類（窓口でコピーを取り添付）

- 1 接種した医療機関の領収書原本（接種した予防接種が分かるもの）
- 2 通帳等（振込口座の分かるもの）