

様式第1号（第7条関係）

インフルエンザ予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

渡 嘉 敷 村 長 殿

所在地
医療機関名
代表者名

印

下記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので、予診票を添付のうえ助成金を請求致します。

記

被接種者名 :

種 別	実施件数	単 価	小 計
インフルエンザ	件	2,000円	円
予 診 の み	件	1,080円	円
		合 計	円

助 成 金 振 込 先	
金融機関名・支店名	・ 支店
預 金 種 目	普通 ・ 当 座
口 座 番 号	
フリガナ	
口 座 名 義	