様式第１号（第７条関係）

おいらせ町高齢者インフルエンザ予防接種助成金請求書

金　　円

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者
（予防接種を受けた方）

（該当者は☑）
□生保</td><td>住 所</td><td colspan="3">おいらせ町</td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病院名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>接種日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">助成額
※(A)、(B)の
いずれか
少ない額</td><td>一般
（非課税含む）</td><td>接種費支払額　－ 一部個人負担金 ＝　差引額(A)
円－　1,000 円＝　円</td><td>上限額(B)
3,500 円</td></tr>
<tr><td>生保</td><td>接種費支払額　－ 一部個人負担金 ＝　差引額(A)
円－　0 円＝　円</td><td>上限額(B)
4,500 円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td colspan="3">銀行・信用金庫　本　店
農業協同組合　支　店
信用組合・労働金庫　（　　）</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2">普通　当座　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ
口座名義人</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

おいらせ町高齢者インフルエンザ予防接種実施要綱第７条の規定により、上記のとおり請求します。

年　　月　　日

おいらせ町長　様

申請者（ □ 被接種者本人）

住　所 ：

氏　名 ：

被接種者との続柄（　　）

電話番号：

※添付書類等…領収書及び明細書等の費用を証明する書類の写し、振込先の通帳の写し、
接種したことがわかる書類（接種済証等）の写し