

新型インフルエンザ予防接種費請求書

平成 年 月 日

（あて先）大東市長

（請求者）住 所

氏 名

印

電話番号

被接種者との続柄：本人・保護者・その他（ ）

新型インフルエンザ予防接種費用の助成について、大東市新型インフルエンザ予防接種費用の負担等に関する要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

被接種者 (注射を受けた人)	住所	請求者と同じ・大東市		
	氏名		電話番号	請求者と同じ・

接種回数	接種年月日	接種医療機関名
1回目	平成 年 月 日	
2回目	平成 年 月 日	

請求金額	1回目 @ 3, 600円	金	円
	2回目の接種で1回目のワクチンの接種と同じ医療機関で接種		
	@ 2, 550円	金	円
	2回目の接種で1回目のワクチン接種と異なる医療機関で接種した場合		
	@ 3, 600円	金	円
	計	金	円

金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協	本店・支店 営業所
-------	-------------------	--------------

1. 普通預金	2. 当座預金	口座番号									
(数字に○印をしてください)		(左詰で記入してください)									
振込先名義	フリガナ										
	口座名義										

※ 請求者に口座が無い場合は、下記に請求者氏名を署名の上、押印をしてください。

私の新型インフルエンザ予防接種費について、上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

請求者氏名 \_\_\_\_\_ 印

- 添付書類
- (1) 未使用の新型インフルエンザ予防接種費用助成証明書または新型インフルエンザ予防接種費用助成確認願
  - (2) 当該医療機関等発行の領収証書
  - (3) 新型インフルエンザ接種済証または幼児で母子健康手帳に必要事項が記載されている場合は、母子健康手帳の写し