

上野原市子どものインフルエンザ予防接種費用助成金代理請求書

年 月 日

上野原市長 宛

所在地

医療機関名

代表者名

㊟

上野原市子どものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条により、委任状を添えて、次のとおり予防接種に対する助成金を代理請求します。

【 年 月分】

請求金額	円
------	---

【内 訳】

季節性インフルエンザ ワクチン	A 市助成金 (円/1人)	B 接種者数 (人)	小計 (円) A×B
1歳以上の未就学児			
小学生			
中学生			
高校生相当			
生活保護世帯等 (1回目)			
生活保護世帯等 (2回目)			

- ・ A の市助成金の額は、2, 500円とする。
- ・ 生活保護世帯等の A の市助成金の額は、1 回目は4, 000円、13歳未満が接種する2 回目は3, 000円を上限とする。
- ・ 高校生相当とは、当該年度に16歳、17歳、18歳となる日の属する年度の末日までにある者

【振込先口座情報】

金融機関名	銀行・農協 組合・信組 ()	本店・支店 本所・支所 ()
口座種別	普通(総合) ・ 当座 ・ その他 ()	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

※上野原市役所記入欄

検収	上記について検収したところ相違ないことを確認しました。
	年 月 日 職氏名 ㊟