

インフルエンザ予防接種助成金請求書

公害健康被害認定者のインフルエンザ予防接種に係る費用の助成について、領収書等を添えて助成金の交付を請求します。

年 月 日

東京都北区長 殿

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 公害健康医療手帳<br>の 記 号 ・ 番 号 | 北一 |
| 請 求 者 氏 名               |    |
| 住 所                     |    |
| 連 絡 先 電 話 番 号           |    |

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 予防接種を受けた医療機関の名称 | 予防接種を受けた日 |
|                 | 年 月 日     |

|      |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | ¥ | 千 | 百 | 十 | 円 |
|------|---|---|---|---|---|

振込口座

|               |        |  |
|---------------|--------|--|
| 受取人<br>(本人名義) | (フリガナ) |  |
|               | 氏 名    |  |

(郵便貯金以外の場合)

|              |                |    |      |           |  |  |  |  |  |
|--------------|----------------|----|------|-----------|--|--|--|--|--|
| 振込指定<br>金融機関 | 銀行<br>金庫<br>組合 | 支店 | 預金種別 | 口座番号 (右詰) |  |  |  |  |  |
|              |                |    | 普 通  |           |  |  |  |  |  |

(郵便貯金の場合)

|             |         |   |   |   |   |    |   |         |  |  |  |  |  |
|-------------|---------|---|---|---|---|----|---|---------|--|--|--|--|--|
| 預入指定<br>郵便局 | 郵便局     |   |   |   |   | 記号 | - | 番号(右詰め) |  |  |  |  |  |
|             | ゆうちょコード | 9 | 9 | 0 | 0 |    | - |         |  |  |  |  |  |

※令和 9 年 3 月 1 5 日 (月) 必着です。

医療機関発行の領収書（①接種内容が「インフルエンザ予防接種」、②氏名、③金額、④接種日が記載されたもの、⑤領収印）を必ず添付してください。（接種済票は不要です。また、領収書の代わりにはなりません。）