

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業負担金請求書

年 月 日

江府町長 様

請求者 住所 江府町大字

氏名 _____ ⑩

電話 _____

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添付して請求します。

ワクチン接種を受けた方	氏名		請求者との続柄	
	住所	江府町大字		
	生年月日	年 月 日		
	対象者区分・自己負担額	対象者区分		自己負担額
	<input type="checkbox"/> 中学生以下			200 円/回
	<input type="checkbox"/> 高校生			400 円/回
	<input type="checkbox"/> 19～64 歳で、住民税非課税世帯			2,000 円/回
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者			0 円/回
	<input type="checkbox"/> 妊婦			1,000 円/回
接種内容	第1回目	(接種日)	年 月 日	円
	第2回目	(接種日)	年 月 日	円
請求理由	<input type="checkbox"/> 指定医療機関において、受診券又は助成券を持参せずに接種した <input type="checkbox"/> 指定医療機関での接種が困難 (理由: _____)			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 (被接種者名、接種日、インフルエンザ予防接種が明記されたもの) ・予防接種済証の写し 又は 母子健康手帳の予防接種欄の写し 			

請求金額	金 _____ 円也
------	------------