

今治市子どもを守るインフルエンザ予防接種助成金等請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

日付は空欄

（請求者）

医療機関所在地 今治市南宝来町1-6-1

医療機関名 医療法人 南宝来病院

代表者名 理事長 今治 太郎

法人の場合は代表者の役職名を記載

令和8年度 10 月分の助成金等を助成券を添えて請求します。

請求金額 37,750 円

内 訳

区 分		単価（円）	件数	金額（円）
12歳以下	今治市子どもを守るインフルエンザ予防接種助成金（注射）	1,000	10	10,000
	今治市子どもを守るインフルエンザ予防接種助成金（経鼻）	2,000	10	20,000
	事務手数料	110	20	2,200
中学校3年生 高校3年生	今治市子どもを守るインフルエンザ予防接種助成金	1,000	5	5,000
	事務手数料	110	5	550
合 計				37,750

口座振替先	今治	銀行 信用金庫 組 合	南宝来	本店 支店 支所 出張所	普通 当座
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	(フリガナ) イ) ミナミホウライビヨウイン 口座名義人 リジチヨウ イマバリ タロウ		

必ず請求事務の担当者名等を記載。空欄不可。

担当者
職（担当） 事務 氏名 しまなみ花子
電話番号 0898-36-1533