別記様式第２号（第６条関係）

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

令和　　年　　月　　日

（宛先）今治市長

（請求者）
医療機関所在地　今治市
医療機関名
代表者名

令和６年度　　月分の助成金等を助成券を添えて請求します。

請求金額　　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	1,000		
	事務手数料	100		
中学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		
	事務手数料	100		
合　計				

口座振替先	銀　　行 信用金庫 組　　合	本　店 支　店 支　所 出張所	普通 当座
	口座番号	口座名義 人カナ	

担当者
職（担当）　　氏名
電話番号