

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

医療機関名

代表者名

令和5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		
	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） 電話番号	氏名
----------------------	----