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

日付は空欄

（宛先）今治市長

（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６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　　１５，６００　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	１０	10,000
	事務手数料	100	１０	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	５	5,000
	事務手数料	100	５	500
合　計				15,600

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　０１２３４５６	口座名義人カナ　イ）ミナミホウライビヨウイン　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