別記様式第２号（第７条関係）

**任意**予防接種分

今治市高齢者の肺炎球菌感染症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　　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） |
| 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種助成金 | 1,000 |  |  |
| 事務手数料 | 110 |  |  |
| 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