

インフルエンザワクチン接種自己負担金助成申請書兼請求書

公害医療手帳の記号番号		04-	
被 認 定 者	氏名		
	住所		
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日



予防接種を受けた年月日	令和 年 月 日
予防接種を受けた医療機関	
請求金額 ※予防接種を受ける際、 医療機関に支払った自己負担額	円

上記のとおり、インフルエンザワクチン接種費用助成金を申請及び請求します。

令和 年 月 日

請求者 住所

氏名 (印)

電話番号 ()

新宿区長 あて

[注意]

- * 請求の際は、領収書またはレシートを(貼り付けず)同封してください。
- * 領収書・レシートへの必要記載事項
①予防接種を受けた方の氏名②予防接種を受けた年月日③自己負担した接種費用の金額
④「インフルエンザワクチン接種費用」であることの記載⑤領収年月日⑥医療機関名称
⑦医療機関の領収印
- * 鉛筆・消えるボールペンによる記入は無効です。
- * 令和6年3月29日(金)(必着)までに公害保健係へ請求してください。