

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

記入例

公害医療手帳の記号番号		04 - 1234		
被 認 定 者	氏名	新宿 太郎		
	住所	新宿区〇〇町1-1-1		
	生年月日	明治 大正 昭和	18年 9月 1日	年齢

捺印を押してください。



予防接種を受けた年月日	令和 5年 10月 30日
予防接種を受けた医療機関	〇△□クリニック
請求金額 <small>※予防接種を受ける際、 医療機関に支払った自己負担額</small>	請求金額の訂正は 一切できません。訂正を 希望される方は、公害保 健係へご連絡ください。 4,000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 5年11月 1日

請求者

住所

新宿区〇〇町1-1-1

氏名

新宿 太郎

捺印してください。



電話番号

03 ( 3209 ) 1111

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。