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	新 宿
被認定者 住所	新宿区○○町1-1-1	
被認定者 生年月日	明治 大正 (昭和) 21 年 9 月 1 日	年齢 78 歳

捨印を押してください。

予防接種を受けた年月日	令和 6 年 10 月 30 日
予防接種を受けた医療機関	○△□クリニック
請求金額 ※医療機関に	4,000円

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。

上記のとおり、イ　　　　　　及び請求します。

令和 6 年 11 月 1 日

請求者　住所　新宿区○○町1-1-1

氏名　新宿　太郎　新 宿

電話番号　03（3209）1111

捺印してください。

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。また、請求者氏名は自署してください。**

＊　請求書は令和7年3月31日（月）（必着）までに提出してください。