

舟橋村こどものインフルエンザ予防接種助成事業 実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

舟橋村長 殿

医療機関名
住 所
代 表 者 名

令和 年 月分の舟橋村こどものインフルエンザ予防接種助成に要した費用を下記の通り請求します。

請求金額 円

【請求内訳】

区 分	単 価	件 数	金 額
皮下注射	3,000円	件	円
	3,000円未満の場合 円	件	円
鼻噴霧式	5,000円	件	円
	5,000円未満の場合 円	件	円

※添付書類 舟橋村こどものインフルエンザ予防接種助成券

【振込先口座】

☐定期接種の振込口座と同じ ☐新規または変更あり（下記のとおり）

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	本店（所） 支店（所） 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	
口 座 番 号		
フリガナ		
口 座 名 義		