

（あて先）大 月 市 長

### 大月市子どものインフルエンザ予防接種助成金代理請求書

所 在 地

医療機関名

代表者氏名

㊞

「大月市子どものインフルエンザ予防接種助成金の代理受領に関する契約書」第5条第1項に基づき、「大月市子どものインフルエンザ予防接種予診票」を添えて、次のとおりワクチン接種に対する助成金を代理請求します。

令和 年 月分 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

予防接種区分	助成金額 (円)	件数 (接種者数・人)	算定額 (円)
インフルエンザ	2,500		

なお、上記請求金額を下記口座に振り込まれるようお願いいたします。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普・当	口座番号	
口座名義人 (カカ表記)			

【 検収 （市記入欄） 】

上記について、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

職員氏名

印