

様式第 6 号（第 12 条関係）

我孫子市高齢者インフルエンザ等予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所
請求者 氏 名
電話番号

我孫子市高齢者インフルエンザ等予防接種費用助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額	円		
対象者氏名			
接種年月日	高齢者インフル エンザ予防接種	年	月 日
	高齢者新型 コロナ予防接種	年	月 日
	高齢者帯状疱疹 予防接種	年	月 日
		年	月 日
	高齢者肺炎球菌 感染症予防接種	年	月 日

振込先

金 融 機 関 名		金融機関コード	
支 店 名		支 店 コ ー ド	
預 金 の 種 別	普通 ・ 当座		
口 座 番 号			
フリガナ			
名 義 人			