様式第３号（第８条関係）

***新型インフルエンザ用***

**八 頭 町**

**新型インフルエンザワクチン予防接種助成金請求書**

八頭町長　平　木　　　誠　　様

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　八頭町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　新型インフルエンザ予防接種実施状況を報告するとともに、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種費用単価(税込) | | | 接種人数 | 請求金額  (A×B) |
| A | | | B | Ｃ |
| 自己負担なし | 1回目接種 | ＠3,600円 | 人 | 円 |
| 2回目接種(1回目、**同一**医療機関) | ＠2,550円 | 人 | 円 |
| 2回目接種(1回目、**別**医療機関) | ＠3,600円 | 人 | 円 |
| 発熱等により接種を行えなかった場合 | ＠1,790円 | 人 | 円 |
| 自己負担あり | 1回目接種 | ＠2,600円 | 人 | 円 |
| 2回目接種(1回目、**同一**医療機関) | ＠1,550円 | 人 | 円 |
| 2回目接種(1回目、**別**医療機関) | ＠2,600円 | 人 | 円 |
|  | | 合　計 | 人 | 円 |

|  |
| --- |
| 口座振込依頼書  上記の金額を、下記口座に振り込み願います。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　支店名  口座種別　　（　普通・当座　）　　　　　　口座番号 |

※予防接種実施日の属する月の翌月１０日までに請求してください。

※過去２年以内に八頭町から口座振り込み払いを受けた場合は口座振込依頼書の記載は不要です。