別記第1号様式

インフルエンザ予防接種費用助成請求書

公害医療手帳の記号番号	板橋 (19) -		生 年 月 日	
被認定者氏名		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日
予防接種医療機関名	病院 医院 (診療所) クリニック			
自己負担金額 (実際に支払った金額)	円	支給決定金額	※ 円	

※の欄は記入しないで下さい。

領収書を添えて、インフルエンザ予防接種自己負担金を請求します。

なお、助成金は届出口座に振り込んでください。

年 月 日

請求者 住 所
氏 名
電話番号

(宛先) 板橋区長

振 込 口 座	銀 行 信用金庫 信用組合		支店	
	口座番号		種別	普通・当座
	(フリガナ) 氏 名			

※振込口座が未記入の場合、定期給付・療養手当が振り込まれている口座に入金されます。それ以外の口座をご希望の場合には、必ずご記入ください。

【注意事項】

- ・ 3月31日までの実施分について、4月2日(必着)までに請求してください。
- ・ 領収書は、氏名、金額、インフルエンザ予防接種及び接種日が記載されたものを裏面に貼付してください。予防接種済票は領収書とは異なりますので、お気を付けてください。
- ・ フリクション(消せるボールペン)は使用しないでください。
- ・ ご本人様名義以外の口座に振り込む場合には委任状が必要になります。