

平成 年 月 日

松前町長 白石 勝也 様

請求者(世帯主)

住 所 伊予郡松前町大字

氏 名

印

電話番号

新型インフルエンザは、  
対象ではありません。

### 松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種助成金請求書

松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第4条の規定により、請求します。

接種された方の氏名	生年月日	接種日	接種費用	助成金額
	昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円
	昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円
	昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円
	昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円
	昭和 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円	円
国民健康保険被保険者証記号番号			助成金額合計	円

\*太枠内のみ記入してください。

#### 持参していただくもの

- 1 医療機関が発行した領収書(予防接種名、接種された方の氏名、接種料金等が明記しているもの。金額記載のみのレシートは不可。)
- 2 国民健康保険被保険者証
- 3 印鑑(シャチハタ不可)..... 現金でお支払いするため領収書に印鑑が必要

提出先 松前町役場1F 保険課医療保険係 TEL 985-4107

記入例

平成 年 月 日

松前町長 白石 勝也 様

国民健康保険被保険者証の世帯主の住所・氏名・電話番号を記入してください。

請求者(世帯主)
住所 伊予郡松前町大字浜 番地
氏名 松前 太郎 印
電話番号 984-

松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種助成金請求書

松前町国民健康保険インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第4条の規定により、請求します。

Table with 5 columns: 接種された方の氏名, 生年月日, 接種日, 接種費用, 助成金額. Rows include 松前 花子, 松前 一郎, and a summary row for 国民健康保険被保険者証記号番号 and 助成金額合計.

助成対象者は、接種日において、国保税の滞納がない世帯の64歳以下の方

一人1,000円を助成します。(年度内一人1回)

現金でお支払いします。

\* 太枠内のみ記入してください。

持参していただくもの(接種後、6ヶ月以内)

- 1 医療機関が発行した領収書(予防接種名、接種された方の氏名、接種料金等が明記しているもの。金額記載のみのレシートは不可。)
2 国民健康保険被保険者証
3 印鑑(シャチハタ不可)..... 現金でお支払いするため領収書に印鑑が必要

提出先 松前町役場1F 保険課医療保険係 TEL 985-4107