

高齢者等予防接種費用請求書

年 月 日

越 前 町 長 様

申請者 住 所 越前町
氏 名
電話番号

高齢者等予防接種費用について必要書類を添えて次のとおり請求します。

金 円

予防接種の種類		インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症 肺炎球菌感染症 ・ 帯状疱疹（1回目・2回目）							
接 種 日		年 月 日 年 月 日							
接種医療機関									
振 込 先	金融機関名 支店名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			店				
	預金種別	普 通 当 座		(フリガナ) 口座名義人	()				
	口 座 (左詰記入)	店番号		口 座 番 号					

- ※費用を請求する予防接種の種類に、○を付けてください。
- 帯状疱疹予防接種は、2回目の接種費用を3月末日までに請求してください。
- 〈添付書類〉
- ① 予防接種費用の領収書
 - ② 予防接種券及び接種済証
 - ③ 振込先がわかるもの