

2025年度 インフルエンザ予防接種補助金申請用領収書フォーム

医療機関の方へ（訂正する場合は誤記の部分を二本線で消して訂正印を押してください）

①接種者氏名②接種年月日③金額④医療機関名のご記入をお願いいたします。

※ 貴院から上記の①～④すべてと「インフルエンザ予防接種代」と明記された領収書を発行される場合は、この用紙への記入は不要です。

領収書	
② 年 月 日	
① _____ 様（接種者氏名）のインフルエンザ予防接種代として（ 回目）	
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関 印

領収書	
② 年 月 日	
① _____ 様（接種者氏名）のインフルエンザ予防接種代として（ 回目）	
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関 印

領収書	
② 年 月 日	
① _____ 様（接種者氏名）のインフルエンザ予防接種代として（ 回目）	
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関 印

領収書	
② 年 月 日	
① _____ 様（接種者氏名）のインフルエンザ予防接種代として（ 回目）	
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関 印

領収書	
② 年 月 日	
① _____ 様（接種者氏名）のインフルエンザ予防接種代として（ 回目）	
③ _____ 円 受領しました。	④医療機関 印