

様式第2号（第6条関係）

インフルエンザワクチン接種費助成金代理受領実施報告書  
（ 2024 年 11 月分）

年 月 日

（宛先）秋田市長

所在地 秋田市山王一丁目●番〇〇号

医療機関名 〇〇医院

代表者氏名 ▲▲ ▲▲

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書兼代理受領委任状を添付して、次のとおり予防接種に対する助成金の代理受領について報告します。

接種者数	単価	報告金額
500 人	1,000 円	500,000 円

【振込先口座】

金融機関名	〇〇 銀行	本・支店名	本店
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0000000
フリガナ	***** **		
口座名義人	▲▲ ▲▲		

※記入上の注意：内容を訂正されたものは受付できません。