

令和〇年 〇月 ×日

串本町長 宛

高齢者肺炎球菌予防接種費助成申請書兼請求書

下記のとおり、関係書類を添えて高齢者肺炎球菌予防接種費用の助成を申請及び請求します。

記

〔申請者〕

氏名	串本 太郎 (印)	助成対象者との続柄	本人
住所	串本町串本〇〇番地	電話	0735 (△△) ××××

〔助成対象者（接種者）〕

氏名	串本 太郎	生年月日 (接種時年齢)	昭和〇年 △月 ×日 (〇〇 歳)	
住所	串本町串本〇〇番地	性別	男 · 女	
接種年月日	令和〇年 △月 ×日			
接種医療機関名	〇×病院			
接種医療機関住所	〇〇県△△市××町 1-2-3	接種医師名	〇〇 △△医師	
接種金額	〇〇〇〇 円 実際に支払った金額を記入			

※口座名義人は、申請者と同一であること。

振込先	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	△△ 銀行 金庫・農協		×× 本店・支店・出張所	
		普通 · 当座	口座番号	1234567 (7桁)	
	ゆうちょ銀行	記号		番号	
	口座名義人 (カナ)	クシモト タロウ			

〔町記入欄〕

下欄は記入しないようお願いします

接種金額	町接種基準額	①・②のうち いずれか低い額	自己負担額	助成決定額
①	②	③	④	⑤(③-④)

添付書類

- ・ 高齢者肺炎球菌予防接種が済んだことを証明する書類（接種済予診票等）
- ・ 予防接種料の領収書