

別記様式（第8条関係）

年 月 日

串本町長 あて

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

〔接種者〕

（ふりがな） 氏名	（ ） 印	生年 月日	年 月 日 接種日現在（ ） 歳						
住所	〒 電話（ ）								
高齢者肺炎球菌予防接種のため支出した額 金 _____ 円 申請金額（基準額を上限とする。） 金 _____ 円									
振込先	銀行名	支店名							
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義人 (接種者と同一 であること)								

町記入欄

接種金額 ①	町接種基準額 ②	①・②のうち いずれか低い額 ③	自己負担額 ④	助成決定額 ⑤(③-④)
			2,000円	