

年 月 日

あわら市高齢者定期予防接種費用助成金請求書

あわら市長 様

下記のとおり定期予防接種費用の助成金を請求します。

請求金額 _____ 円

内 訳 ○をつける		高齢者用肺炎球菌	円
		高齢者用インフルエンザ	円

※肺炎球菌は実費負担額から 4,000 円を差し引いた額 (上限 3,880 円)

インフルエンザは実費負担額から 2,200 円を差し引いた額 (上限 2,010 円)

1. 申請者 住所 _____

氏名 _____ 続柄 (_____)

電話 _____

2. 被接種者 住所 あわら市 _____

氏名 _____

生年月日 T. S 年 月 日 (_____ 歳)

3. 接種日 _____ 年 月 日

4. 接種医療機関名 _____

5. 振込先

金融機関名	支店名	預貯金種別	口座番号
		普・当・他 (_____)	
(フリガナ) 口座名義人	_____		

※添付書類

・領収書のコピー (被接種者名、予防接種名がわかるもの)

予防接種名が記載されていない場合は、接種予診票もしくは接種済証を合わせて提出してください。