

愛川町高齢者インフルエンザ予防接種費用助成金償還給付申請書

愛川町長 殿

愛川町高齢者インフルエンザ予防接種費用助成要綱第12条の規定により、助成を受けたいので、下記書類を添付のうえ申請します。

被接種者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号			男 ・ 女
接種状況	申請理由	<input type="checkbox"/> 疾病等により、入院又は通院している医療機関が委託外医療機関である者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設に入所中の者 <input type="checkbox"/> その他町長が特に必要と認めた者		
	接種日	別紙 領収書のとおり		
	接種医療機関	別紙 領収書のとおり		
予防接種費用額	円			

添付書類

領収書（医療機関が発行するもので高齢者インフルエンザ予防接種費用がわかるもの）

振込先口座	金融機関	銀行		支店
		農協		支所
		金庫		出張所
	口座	1.普通 2.当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
		氏名		

※被接種者（請求者）以外の口座に振り込みを希望する場合は、下記の委任状に記入してください。

委任状

私は、本件にかかる助成の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委任をする者（請求者）氏名.....

委任を受ける者 住所.....

氏名.....