

愛川町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金償還給付申請書

愛 川 町 長 殿

愛川町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成要綱第11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	☐ 疾病等により、入院及び通院している医療機関が委託外医療機関である者 ☐ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設に入所中の者 ☐ その他町長が特に必要と認めた者		
	接 種 日	年 月 日		
	接種医療機関			
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肺炎球菌予防接種費用がわかるもの）

同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 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 印
委任を受ける者 住 所
氏 名