

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）

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.....