

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	<input type="checkbox"/> 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 <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 高齢者肺炎球菌予防接種済証のとおり			
	接種医療機関	別紙 高齢者肺炎球菌予防接種済証のとおり			
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肺炎球菌予防接種費用がわかるもの）
- 高齢者肺炎球菌予防接種済証（医療機関の証明があるもの）

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.....