様式第3号

令和２年度 南部町高齢者インフルエンザ予防接種費用償還払申請書

この申請書は、南部町が定めた高齢者インフルエンザ予防接種対象者の要件を満たし、実施期間内に施設入所または医療機関への入院、その他やむを得ない理由により、町が委託した医療機関以外でインフルエンザの予防接種を受けた場合に限り適用します。

◆ 提 出 先：健康福祉課(南部町健康センター内)、本庁舎 福地サービス班、南部分庁舎 住民生活課

◆ 申請期限：<u>令和３年３月３１日（水）</u>

対象者	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日 （　　歳）
	住　　所	南部町大字
申 請 区 分		・施設入所　　・入院　　・その他（　　）
接種機関名		
接　種　日		令和 ２ 年　　月　　日 ※ 接種期間内（10月1日～12月25日）の接種のみ適用
金融機関名		銀　行 信用金庫 信用組合 農　協 ／ 本　店 支　店 出張所 ／ 種別 ／ 普通 当座
口 座 番 号		
(フリガナ) 口 座 名 義		

※ 太枠内は役場で記入しますので、記入しないでください。

A 本人支払い額	B 自己負担額	①（ A−B ）	② 償還払い上限額	**給付決定額** (①と②のいずれか少ない方)

上記のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種にかかる償還払について、関係書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

南 部 町 長　様

（申請者）

住 所

氏 名　　㊞

（続 柄　　）

電 話　　－　　－

添付書類	① 南部町から配付されている予診票（接種した記録のあるもの）等　※ 写し可 ② 医療機関発行のインフルエンザ予防接種料と明記してある領収書原本 ③ 振込先金融機関名・支店名、口座番号が分かる通帳の写し（<u>接種者本人名義</u>） ④ 生活保護受給者の方は、医療受給証等の写し