

高齢者肺炎球菌予防接種費用償還払申請書

令和 年 月 日

南部町長 殿

〒

(申請者) 住 所

氏 名(続柄))

電 話

南部町高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱第14条の規定により、下記のとおり申請します。この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、南部町が調査することに同意します。

予防接種を受けた方	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 南部町大字			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	明治 大正 年 月 日生 (歳) 昭和	性別	男 ・ 女	
接種機関名					
接 種 日	令和 年 月 日				
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本 店 支 店 出張所	
	口座種別	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 本人支払額	B 自己負担額	① (A-B)	②償還払上限額	給付決定額 (① と②のいずれか少ない額)	

《添付書類》

- ① 高齢者肺炎球菌予防接種予診票（接種記録のあるもの）または予防接種済証等 ※写し可
- ② 医療機関発行の高齢者肺炎球菌予防接種領収書の原本
- 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（接種者本人名義のもの）
- ④ 生活保護受給者の方は、医療受給証等の写し