

高齢者肺炎球菌感染症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感染症予防接種実施要綱第10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"/> 申請者に同じ 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	※町内医療機関で接種された場合は、すでに助成を受けているため申請は不要です。				
接 種 日	令和 年 月 日				
振 込 先 (被接種者名義)	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	償還払決定額 (① と②のいずれか少ない額)	

《添付書類》

- ①接種歴を確認できる予診票(原本または写し)もしくは予防接種済証(写し)
- ②予防接種費用の領収書・明細書(原本)
- ③振込先口座情報を確認できる被接種者名義の通帳等(写し)
- ④生活保護受給者の方は、医療受給証等の写し