

高齢者带状疱疹予防接種費用償還払申請書

南部町長 殿

令和 年 月 日

〒
住所

(申請者) 氏名

電話番号

南部町高齢者带状疱疹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 昭和	年	月	日生(歳)	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		A 接種料	B 自己負担金	①(A-B)	②助成上限額	助成決定額 (①と②のいずれか少ない額)
1回目	令和 年 月 日					
2回目	令和 年 月 日					
振込先 (被接種者名義)	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫		支店名	支店・本店	
	口座種別	普通・当座		口座番号		
	口座名義	(フリガナ)				
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 活保護受給者の方は、医療受給証等の写し					

※ 申請者は、太枠以外の部分をご記入ください。

償還払決定額合計

※ 金融機関の支店名が変わった場合、変更後の支店名を記入ください。