

高齢者带状疱疹予防接種費用償還払申請書

令和 ●年●月●日

南部町長 殿

〒039-0595

住所 南部町大字下名久井字白山91-1

入院または施設入所している方が接種を受けた場合は、なるべく連絡のとれるご家族からの申請をお願いします。

(申請者)

氏名 南部 なべまる

電話番号 0178-60-7100

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 南部町大字 申請者住所と異なる場合は記載してください | | | | |
| | フリガナ | ナンブ ナベマル | | | | |
| | 氏名 | 南部 なべまる | | | | |
| | 生年月日 | 明治 大正 ●●年 ●●月 ●●日生(●●歳) 昭和 | 性別 | 男・女 | | |
| 接種機関名 | ●●●●病院 | | | | ※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) | ナンブ ナベマル | 南部 なべまる | | |
| 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。