

幸手市高齢者定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

(あて先)幸手市長

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

電話番号

幸手市高齢者定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認が必要な場合には、市が接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

1 被接種者

住 所	
フリガナ	
氏 名 (予防接種を受けた人)	
生年月日	年 月 日 (歳)

2 予防接種の内容及び申請額

予防接種の種類	接種日	接種医療機関名	医療機関支払額
インフルエンザ	年 月 日		円
肺炎球菌(高齢者)	年 月 日		円
新型コロナウイルス感染症	年 月 日		円
带状疱疹	年 月 日		円
	年 月 日		円
※申請金額は、医療機関支払額から市の定める 実費徴収額を差し引いた額とすること。			申請金額 円

3 振込先 申請者名義人(又は被接種者名義人)の金融機関を指定してください。

振込先 金融機関名			銀 行 信用金庫 組 合			本店・支所 支店 出張所
口座番号	普通・当座					
フリガナ						
口座名義						

4 添付書類

- (1) 予防接種の費用を支払ったことを証明する書類の原本(領収書等)
- (2) 予防接種予診票(接種年月日及び接種ワクチン名が確認できるもの)