

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種費用償還払申請書

令和 年 月 日

五所川原市長 佐々木 孝昌 様

申請者（対象者）

〒

住 所：五所川原市

氏 名：

電 話：

※申請者が代理人の場合は、下記に氏名・続柄をご記入ください。

氏 名：

続 柄：

電 話：

高齢者の肺炎球菌感染症定期予防接種にかかった自己負担金について、下記のとおり償還払いの申請をいたします。

申請にあたり、助成対象者確認の必要がある場合には、市担当職員が私及び同一世帯員全員の住基データ等を閲覧することに同意します。

記

1 申請金額 _____ 円

※申請金額は8, 173円（消費税込、市の医療機関への委託単価）を上限とします。

2 口座振込先

フリガナ		支払金融機関	
口座名義人 氏名		銀行・農協	支 店
		信用組合	本 店
口座番号		信用金庫	支 所
		労金	出張所

3 添付書類

 領収書（原本） 接種済証の写し 本人確認書類の写し 通帳の写し

市役所記入欄