

五所川原市定期接種費用償還払申請書
(高齢者季節性インフルエンザ予防接種)

令和 年 月 日

五所川原市長 様

申請者(被接種者)

〒

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：

五所川原市定期接種費用の償還払に係る事務取扱要領に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり、助成対象者要件確認の必要がある場合には、市担当職員が申請者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

※被接種者が医療機関へ支払った予防接種費用のうち、市助成額が申請額となります。

申請上限は3,000円とします。

上限を超えた額は、自己負担となります。

※生活保護受給者の申請額は、予防接種費用全額とします。

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 信用組合	支 店 本 店
口座番号		信用金庫 労金	支 所 出張所

3 添付書類

- 領収書(原本、予防接種の種類が明記されていること)
- 接種済証の写し(ない場合は接種済予診票の写し)
- 本人確認書類の写し(個人番号カード(番号面不要)、又は運転免許証、障害者手帳等)
(申請者が代理人の場合、代理人の本人確認書類も同様に添付)
- 振込先口座通帳の写し

市役所記入欄

生活保護受給世帯