

五所川原市高齢者インフルエンザ定期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：

高齢者インフルエンザ定期予防接種にかかった費用について、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世帯及び課税状況等を閲覧することに同意します。

記

1 申請金額 _____ 円 (上限3, 278円)

※申請金額は、被接種者が医療機関へ支払った予防接種費用から、当該事業における接種者負担金1, 000円を差し引いた額とします。

ただし、生活保護受給の方及び市民税非課税世帯に属する方は、申請時に市職員が世帯及び課税状況等を確認し該当する場合は、申請額上限を4, 278円とします。

2 口座振込先

フリガナ	支払金融機関	
口座名義人	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

世帯課税状況

(非課税世帯、生活保護受給世帯、課税世帯)