

石垣市予防接種費用助成金申請書

石垣市長 様

年 月 日

申請者

申請に必要なもの
・予防手帳コピー又は予防接種済証
・予防接種予診票(済)
・領収証(原本を提出)
・通帳コピー、印鑑

住所 : 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3

氏名 : 石垣 花子

印

(接種者との続柄 : 娘)

電話番号 : 〇〇-〇〇〇〇

※振込先の口座名義人と同一とする。

口座名義と申請者が異なる場合は下記の委任状に記入すること。

上記の必要書類を添えて、予防接種費用の助成金を申請します。

フリガナ	イシガキ タロウ	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
接種者氏名	石垣 太郎		
住所	石垣市 同上		

※住所は申請者と同一であれば「同上」としてください。

振込先口座 (記入または該当する方に○をしてください)

金融機関名	〇〇〇〇	銀行 労金協	〇〇〇〇	支店 出張所 本店
預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
フリガナ	イシガキ タロウ			
口座名義人	石垣 太郎			

助成金請求額 円

申請する予防接種の種類

予防接種名	接種年月日	償還申請額	医療機関名
高齢者インフルエンザ	〇〇〇〇年〇月〇日	〇〇〇〇円	〇〇〇病院

※助成金請求額には、医療機関での支払いから下記の自己負担額を引いた接種費用と市の定める上限額(別紙)のどちらか少ない額を記入してください。ただし、生活保護世帯は自己負担はありません。

〔自己負担額〕

・高齢者インフルエンザ

1,000円

・高齢者用肺炎球菌ワクチン

3,465円(10月以降に接種された方)

委任状

◎上記口座に振り替えてください。

本助成金の受領については、上記の者にその受領を委任します。

- 委任内容:本助成金請求による助成金の額全額
- 受領の方法:上記口座への口座振替

申請者

氏名

石垣 花子

印