

様式第2号(第4条関係)

石垣市予防接種費用助成金申請書(高齢者用)

石垣市長 様

年 月 日

申請者

申請に必要なもの
・予防手帳の写し又は予防接種済証
・予防接種予診票(済)
・領収書(明細が分かるもの) 原本を提出
・通帳の写し、印鑑

住所 _____

氏名 _____ 印

(接種者との続柄 : _____)

電話番号 _____

※振込先の口座名義人と同一とする。

申請者と口座名義人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		生年月日	年 月 日
接種者氏名			
住所	石垣市		

※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		銀行 協連	支店 出張所 本店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

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

※生活保護受給者の自己負担はありません。

〔自己負担額〕	・インフルエンザ予防接種	1,000円
	・肺炎球菌予防接種	3,960円
	・新型コロナウイルス感染症予防接種	5,000円
	・带状疱疹予防接種(生ワクチン)	5,000円
	・带状疱疹予防接種(不活化ワクチン)	10,000円

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：本助成金請求書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

請求者(接種者)

氏名 _____ 印