

様式第1号(第4条関係)

隠岐の島町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

隠岐の島町長 様

隠岐の島町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、必要書類を添え申請をします。なお、交付決定の際には下記の口座に振り込みをお願いします。

年 月 日 申請者 住 所 隠岐の島町 \_\_\_\_\_  
 (被接種者)  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

記

申請 (請求) 金額 円

被接種者	住 所	隠岐の島町			
	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
接種医療機関	名 称				
	所在地				
接種年月日	年 月 日				
該当事由	<input type="checkbox"/> 接種日において、65歳である <input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満であり隠岐の島町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付要綱第2条第2項に規定する機能障がい有する				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			支 店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				

\*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・押印して下さい。

私は、上記口座名義人に高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金の受取を委任します。 年 月 日 申請者氏名 _____ (印)
---

(注1) 接種医療機関の領収書の原本を必ず添付して下さい。(返却はしません。)  
 (注2) 高齢者肺炎球菌予防接種を受けたことわかる書類(診療明細書等)のコピーを添付して下さい。(領収書に被接種者名、接種日、ワクチン名、医療機関名の記載あれば不要。)

職員記入欄	住基	領収書	助成対象	受付年月日