

黒滝村高齢者の予防接種費用助成申請書
(償還払い用請求書兼同意書)

黒 滝 村 長 あて

高齢者の予防接種をしましたので、必要書類を添付し接種費用の助成を申請します。

年 月 日

申請者	住 所	黒滝村大字
(接種を受けた方)	氏 名	
	生年月日	年 月 日生 () 歳
	日中連絡がつく電話番号	

高齢者の予防接種を接種しましたので、必要書類を添えて接種費用の助成を申請します。

- ※申請に必要な書類 ☐ 予診票
☐ 領収書(接種ワクチンの種類、接種日及び被接種者の氏名が記載されたもの)
☐ 通帳など振込先に指定した金融機関の口座名、口座番号がわかるものの写し

接種 の 状 況	該当欄に☑をつけてください。	接種に要した金額 ※医療機関でお支払された予防 接種料金を記入してください。	助成決定額(申請金額) ※こちらは記入しないでください。
	☐ インフルエンザ予防接種	円	円
	☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種	円	円
	☐ 高齢者肺炎球菌予防接種	円	円
	☐ 带状疱疹予防接種	円	円
	☐ 带状疱疹予防接種	円	円

領収書がない場合は、下記に医療機関の証明を受けてください。

被接種者氏名		
生年月日 年 月 日		
予防接種の種類 ※該当する予防接種に ☑をつけてください。 予防接種を受けた日 接種費用	☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種 ☐ 带状疱疹予防接種 年 月 日 円	☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種 ☐ 带状疱疹予防接種 年 月 日 円
上記の者が、高齢者の予防接種を受けたことを証明します。 所 在 地 医療機関の名称 代 表 者 名		

委任状	※請求者と口座名義人が異なる場合は、記入してください。	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
私は、上記口座名義人に予防接種費用の 受け取りを委任します。 年 月 日	振込先	預金種別	普通・当座・その他()	
申請者氏名		口座番号		
		フリガナ		
		口座名義人		