

# 黒滝村高齢者の予防接種自己負担金還付申請書

年 月 日

申請者 (接種を受ける予定だった方)	住所 〒	黒滝村大字
	氏名	
	生年月日	年 月 日生 ( )歳
	日中連絡がつく電話番号	

還付を申請する予防接種 該当する方に☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種	※毎年度 3月31日まで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種	※毎年度 3月31日まで
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種	※66歳になった日から1ヶ月間(例)6月1日が誕生日の場合、6月30日まで
<input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種	※毎年度4月30日まで

還付理由	<input type="checkbox"/> 健康上の理由で接種できなかった <input type="checkbox"/> 医療機関等の都合により接種できなかった <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

### ※申請額参照

還付申請額	<input type="checkbox"/> 2,000円 ← インフルエンザ予防接種・新型コロナウイルスワクチン接種・带状疱疹ワクチン1回分 <input type="checkbox"/> 4,000円 ← 带状疱疹ワクチン 不活化ワクチン2回分 <input type="checkbox"/> 1,000円 ← 高齢者肺炎球菌予防接種
-------	---

### 還付方法

口座振込

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。  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  申請者氏名	振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	
		預金種別	普通・当座・その他( )		
		口座番号			
		フリガナ			
		口座名義人			