

高齢者予防接種費用助成金交付請求書

請求に係る審査が必要な場合は、助成対象者が南山城村に住民登録があることについて確認することを承諾します。なお、助成金は下記の指定口座に振り込み願います。

| 希望する予防接種 | | ✓インフルエンザ (自己負担金 1,500 円) | | | | | | | |
|--|--------------------|--|---------|----------------|-----|---------------------------------------|---------|-------|------|
| | | □肺炎球菌ワクチン(自己負担 必ず、市町村までお書きください。 | | | | | | | |
| 医療機関名 | | 【医療機関名・施設名】 | | | | | | | |
| 施設名 | | 例) 〇〇病院 特別養護老人ホーム〇〇 など | | | | | | | |
| | | 【住戶 | 斤】都道府! | 県名(| 〇〇県 |)市町村 | (00# | i D | |
| ふりがな | | みなみ | みやましろ | たろう | 性別 | 生年月日 | 〇〇年 | 〇 月 | 〇 日生 |
| 請求者 | | | | | | | | | |
| *被接種者氏名 | | 例) | 南山城 | 太郎 | 男,女 | 代理人が医療機関・施設職員等の場 合、「続柄」は、職員・ケアマネジャ | | | |
| (予防接種を受ける方) | | לניס | 用山城 | (IA) | | | | | |
| 被接種者住所 | | 〒 619 − 1411 | | | | 一等と記入してください。 | | | |
| | | 例) 南山城村 北大河原大稲葉 4-14 | | | | | | | |
| 電話番号(0743) 93 - 0294 | | | | | | | | | |
| 私は下記の者を代理人と定め委任事項に係る交付請求及び受領に関する一切の権限を委任します。 | | | | | | | | | |
| 代理人氏名 | | <mark>例) 南山城 花子</mark> 被接種者との続柄 (<mark>子</mark>) | | | | | | | |
| 代理人住所 | | 〒 | _ | | | | | _ | |
| ☑上記住所と同じ | | 施設職員等が記入する場合は、施設等 | | | | | | | |
| | | の住所をお書きください。 | | | | | | | |
| 必要な書類・手続きに | | △入院先、施設入所先で予防接種を受ける | | | | | | | |
| ついて | | (依頼文、予診票等を送付します。) | | | | | | | |
| | | □外来で接種する | | | | | | | |
| | | 対象者様の領収書を添付し、下記に記入ください。病院で支払った額から自己負 | | | | | | | |
| | | 担金を差し引いた分を助成します※生活保護世帯の属する方は全額を助成しま | | | | | | | |
| | | す。) | | | | | | | |
| 病院で支払った額① | | | OC |)円 | | 助成金請求 | (1)- | 自己負担会 | 全) |
| | | どちらかに ☑ をお願いします。 | | | | | | 00 | 円 |
| 振込先 | 金融機関 | | | | | | | | |
| | | 接種を受ける場合、別途「予防接種実施店 | | | | | | | |
| | 依頼書交付申請書」の提出が必要です。 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | ミナミヤマシロ | タロウ | | | 普通 | 当座 | その他 |
| | 名義人 | 例) 南山城 | | 4 上 4 7 | • | | (口座番 | \$号) | |
| | | 例) | 用田り | 成 太郎 |) | | 1234567 | 7 | |
| 上記のとおり請求します。 | | | | | | | | | |
| 4411法 | 村長 様 | | | | | 署名は請求者(代理人)の方がしてください。 | | | |
| 第四級 年 | | | | | | | | | |
| 氏 名 南山城 花子 | | | | | | | | | |