

別記様式第1号(第4条関係)

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、請求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。

希望する予防接種種	<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン（自己負担：2,000円） <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン（自己負担：3,500円） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン（自己負担：5,000円） <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン（自己負担：生ワクチン2,500円、組換えワクチン6,500円/回）		
接種医療機関名 施設名	【医療機関名・施設名】		
フリガナ	生年月日	年齢	
請求者 (被接種者氏名)	年 月 日	歳	
被接種者住所	〒 619 - 14 南山城村 電話番号 () -		
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	被接種者との続柄 ()		
代理人住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ 場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。	〒 - 電話番号		
予防接種費用 助成金額	予防接種の種類	予防接種費用 (①)	助成額 (①—自己負担額)
	インフルエンザワクチン	円	円
	肺炎球菌ワクチン	円	円
	新型コロナワクチン	円	円
	带状疱疹 生ワクチン	円	円
組換えワクチン(回目)	円	円	
合計	円	円	
振込先	金融機関	銀行 ・ 農協 信用金庫 店	
	フリガナ	普通 当座 その他	
	名義人	(口座番号)	
上記のとおり請求します。 南山城村長 様 年 月 日 氏 名			

(添付書類)

1. 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類がわかるもの）
2. 予診票の原本又はその写し