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、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（自己負担金 2,500 円）			
医療機関名 施設名	【医療機関名・施設名】 【住所】都道府県名（　　）市町村（　　）			
ふりがな		性　別	生年月日	年　　月　　日生
請求者 ＊被接種者氏名 (予防接種を受ける方)		男・女	年　齢	歳
被接種者住所	〒　　― 南山城村 電話番号（０７４３）　　－			

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 □上記住所と同じ	〒　　－ 電話番号

必要な書類・手続きについて	□入院先、施設入所先で予防接種を受ける (依頼文、予診票等を入院・入所先へ送付します。) □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	円（領収書添付）	助成金請求金額	(①－自己負担金) 円

振込先	金融機関	銀　行 信用金庫　　店 農　協	
	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　　㊞