

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 checked="" 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】 例) ○○病院 特別養護老人ホーム など		
フリガナ	ミヤマシロ タロウ	生年月日	年齢
請求者 (被接種者氏名)	南山城 太郎	昭和○○年 4月 2日	○○歳
被接種者住所	〒619-1411 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	例) 南山城 花子	被接種者との続柄 (子(長女))	
代理人住所	〒 -	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。	
<input checked="" type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。			
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	例) 5,000円	3,000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	5,000円	3,000円
振込先	金融機関	銀行・農協 信用金庫	
	フリガナ	ミヤマシロ ハナコ	
	名義人	例) 南山城 花子	
		普通 当座 その他 (口座番号)	
上記のとおり請求します。 南山城村長様 申請日 年 月 日 氏名		署名又は記名は請求者(又は代理人)がしてください。 南山城 花子	

(添付書類)

- 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)
- 予診票の原本又はその写し