

高齢者予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

木津川市長 様

申請（請求）者

住 所

氏 名

㊞

生年月日 年 月 日生

電話番号

予防接種法に基づく定期予防接種費用の助成を受けたいので、木津川市高齢者予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

接種した 予防接種	インフルエンザ ・ 肺炎球菌感染症	
接種医療機関	名称	
	住所	
接種日	年 月 日	

請求金額 円

添付書類

- 医療機関が発行する領収書及び接種済証
- 当該予防接種の予診票

振込先

金融機関名	銀行 本店		金庫 支店	農協 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義人	(フリガナ)			

個人負担額等算定のために必要となる個人の情報（世帯状況等）を木津川市が参照・確認することについて同意します。

署名 ㊞

市使用欄

対象者条件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	世帯状況（生活保護） <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
---	--