

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 宛て

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<br>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
- 振込先口座がわかるものの写し

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<br><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 世帯状況（生活保護）<br><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---|--|