

日付は未記入でお願いします。

記入見本

高齢者予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

木津川市長 様

申請（請求）者

住 所 木津川市□□□□□

氏 名 木津川 花子

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生

電話番号 0774-〇〇-〇〇〇〇

接種者本人名義で、申請してください。

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	〇〇医院
	住所	〇〇県〇〇〇〇
接種日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	

同じ医療機関でインフルエンザと肺炎球菌を接種した場合、1枚で申請・請求できます。

請求金額 円

助成額がご不明な場合は、健康推進課までお問い合わせください。

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	
	〇〇	支店	
	金庫 △△	出張所	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
口座名義人	<small>きづがわ はなこ</small> <small>(フリガナ)</small> 木津川 花子		

接種者本人の振込口座をご記入ください。

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。

自己負担金免除の場合は、必ずご署名ください。（接種者本人）

署名 木津川 花子

市使用欄

対象者条件

該当  非該当

世帯状況（生活保護）

該当  非該当