様式第２号（第9条関係）

　年　　　月　　　日

倉吉市高齢者用肺炎球菌ワクチン接種費用助成金請求書

（宛先）

　　倉吉市長

次のとおり高齢者用肺炎球菌ワクチン接種を受けましたので、倉吉市高齢者用肺炎球菌ワクチン接種費用助成金を請求します。また、助成金の支給決定にあたり、住民登録、世帯の課税状況を調査されることに同意します。

請求者　　住所

氏名

接種を受けた者との続柄　（　　　　　　　　）

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種実施日 | 年　　月　　日 | 予防接種実施医療機関名 |
| 支払い金額 | 円 |  |
| 被接種者 | （ふりがな） |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所  （請求者と異なる場合記入） |  |
| 生年月日 | 昭和 　　年　　月　　日　（　　　 ）歳 |
| 助成区分  （該当する番号に○をしてください。） | 区　分 | |
| １　生活保護世帯に属されている方  ２　市町村民税非課税世帯に属されている方  ３　助成券を提出しないで予防接種を受けた方  ４　協力医療機関以外の医療機関で予防接種を受けた方 | |

|  |
| --- |
| 担当者  確認印 |
|  |

※　添付書類

(１)　医療機関が発行する領収証書又はその写し

(２)　「高齢者用肺炎球菌ワクチン接種済証」その他予防接種を受けたことが分かる書類の写し

(３)　振込先の分かるものの写し（通帳等）

（宛先）

会計管理者

助成金は、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・その他（　　　　） | (ふりがな)  口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |