

高齢者等定期（B類疾病）予防接種自己負担額助成申請書

年 月 日

愛別町長 様

申請者 住所 愛別町
氏名 印
被接種者との続柄

高齢者等定期（B類疾病）予防接種自己負担額の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請内容	被接種者	住所					
		氏名			生年月日	年 月 日	
		年齢	歳	身体障害者手帳番号 (60歳～65歳未満)	第 号		
	内容	医療機関名称					
		所在地					
		種別	インフルエンザ ・ 肺炎球菌感染症				
		接種日	年 月 日	接種に要した費用	円		
	振込先	金融機関名	銀行				支店
		口座番号	普通・当座	口座名義人	(フリガナ)		
	※決定欄	課長		課長補佐		係長	係
1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。							
支給決定		円 (接種額－自己負担額)					円)
却下理由							