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

氏名

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 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| ※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 |  |