【償還払用】

高齢者肺炎球菌予防接種費公費負担申請書(兼請求書)

年　　月　　日

美郷町長　様

申請者	住　　所	
	氏　　名	㊞
	被接種者との続柄	本人　・　本人以外（　　）
	電話番号	

美郷町予防接種費公費負担に関する要綱の規定に基づき、高齢者肺炎球菌予防接種費公費負担分の給付を次のとおり申請します。なお、申請に関連し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

給付が決定された際は、下記の口座に振り込み願います。

１　申請額（請求額）　　円　※公費負担対象等は下表参照

２　被接種者名等

予防接種を受けた者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	年　　月　　日

接　種　日	接種医療機関名	接種費用	公費負担区分
年　　月　　日			８，０００円 全額

※高齢者肺炎球菌予防接種の公費負担対象範囲等一覧

対　　象　　者	公費負担の額
６５歳の方	８，０００円 （ただし、生活保護世帯に属する者は全額）
６０歳以上６５歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有する方 ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいを有する方	

３　振込先

金融機関名	銀行・農協・信金			支店名	本店・支店・本所 支所・出張所					
口　　座	種別・番号	普通・当座								
	名　　義	フリガナ								
		氏　　名								

添付書類として、下記の書類を添付してください。

□　接種費用の領収書

□　予防接種実施を証するもの（予診票、接種済証の写し等）

（役場記載欄↓）　　（　　年　　月　　日受付）

摘要	免・保・住・外・パ（	担当	