

# 高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書(償還払い用)

令和 年 月 日

古平町長 様

申請者住所 〒 ー  
古平町大字 町

申請者氏名 ..... 印  
TEL ..... ー ー

高齢者の肺炎球菌予防接種費用助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書および関係書類(予防接種済証・予診票コピー・その他)を添えて申請します。

交付申請金額	¥		
被接種者氏名		申請者との続柄	
予防接種名	肺炎球菌ワクチン		
接種年月日	令和 年 月 日	接種	
実施医療機関 名称 住所	〒 ー ..... TEL ( ) ー		

## 助成金振込指定口座

金融機関名	口座番号							口座名義
銀行・信金 本店・店 (口座種別 普通・当座)								(カタカナで記入下さい)

※口座番号・名義確認のため、通帳のコピーを添付してください。

記載時注意事項

高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書(償還払い用)

令和 年 月 日

古平町長 様

接種者ご本人の名前を記載  
してください。  
押印(シャチハタ可)を忘れ  
ずをお願いします。

申請者住所 〒 -  
古平町大字 町  
申請者氏名 ..... 印  
TEL ..... - -

高齢者の肺炎球菌予防接種費用助成金の交付を受けたいので、医療機関の領収書  
および関係書類(予防接種済証・予診票コピー・その他)を添えて申請します。

交付申請金額	¥		
被接種者氏名		申請者との 続柄	
予防接種名	肺炎球菌ワクチン		
接種年月日	令和	年	月 日 接種
実施医療機関 名称 住所	〒 - ..... TEL ( ) -		

町が定めている自己負担  
金額(定期接：2,700 円任  
意接種：3600 円)を差し  
引いた金額を記載してく  
ださい。

ご本人名義の口座を指定  
してください。  
ゆうちょ銀行も大丈夫で  
す。

助成金振込指定口座

金融機関名	口座番号					口座名義
銀行・信金 本店・店 (口座種別 普通・当座)						(カタカナで記入下さい)

※口座番号・名義確認のため、通帳のコピーを添付してください。

～高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請に必要な書類～

- ① 高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書
- ② 高齢者肺炎球菌予防接種の領収書(コピー可)  
ご本人の名前、領収月日が記載されていて、高齢者肺炎球菌予防接種にかかる費用が内訳としてわかるもの
- ③ 高齢者肺炎球菌予防接種予診票 又は 予防接種済証(コピー可)
- ④ 助成金の振込先通帳(ご本人名義)のコピー

◆上記①～④を下記まで送付してください。

〒046-0192

古平郡古平町大字浜町50番地 かなえーる内

古平町役場 保健福祉課 健康推進係 宛

※ 申請の受付後、助成金の振込みまでには、1～2ヶ月ほどかかりますのでご了承ください。

【問い合わせ先】

古平町役場 保健福祉課 健康推進係 担当 伊藤・中村

電話 0135-48-9839 内線133

FAX 0135-42-3611