

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	

※ 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)

担当者
確認印

(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)	
	口座番号		口座名義人	

還付請求時に必要なもの

①この請求書

②医療機関発行の領収証書（高齢者用肺炎球菌ワクチン接種の記載のあるもの）

③振込み先がわかるもの（通帳等）（写し）

年 月 日

↑

請求日

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。

住所 ○○市○○町○○番地

請求者 氏名 **中本 太郎**

接種を受けた者との続柄（ 本人 ）

電話番号 ○○-○○○○

請求金額		円
------	--	---

空欄にして
ください

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)	ちゅうぶ はなこ
	氏 名	中部 花子
	住 所 (請求者と異なる場合記入)	*上記の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	

- ※ 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）

担当者 確認印

(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	○○銀行	支店名	△△支店
	預金種別	普通 その他()	(ふりがな)	ちゅうぶ たろう
	口座番号	○○△△□□◇	口座名義人	中部 太郎

請求者の氏名と一致（請求者名義の通帳）