

記入例

※接種料金が8,500円の場合

高齢者肺炎球菌感染症予防接種助成申請書

令和 ○年 ○月 ○日

二戸市長 様

申請者は助成対象となる方です。

申請者 〒 028-○○○○

住所 二戸市福岡字八幡下○○番地

○

氏名 二戸 太郎

電話番号 0195-23-○○○○

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種を受けたので、自己負担額の助成を申請します。なお、助成決定額は下記口座に振り込んでください。

予防接種者氏名	生年月日	接種日	負担額
二戸 太郎	S○○年 ○月 ○日	R○年○月○日	8,500 円
助成申請額			4,000 円
金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合 ○ ○ 支(本)店		
種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ) 口座名義人	ニノヘ タロウ 二戸 太郎		

助成を受ける方の口座情報を記入してください。※本人以外が受け取る場合は別途委任状が必要となります。

<注意事項>

- 申請時に、「予防接種名・予防接種を受けた種にかかる金額」を記載した領収書（領収印）を提出してください。なお、申請時に出された領収書はお返しできません。
- 原則として、予防接種日の属する年度の3月末までに、二戸市総合福祉センターに申請してください。

※ 処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日	支給決定額	備考
	年 月 日	円	

※申請書の記入について不明な点がございましたら、担当課までお問い合わせください。