

様式第1号（第4条関係）

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 氏
住所
氏名
電話番号

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
	年 月 日	年 月 日	円
助 成 申 請 額			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	
(フリガナ) 口座名義人			

<注意事項>

- 申請時に、「予防接種名・予防接種を受けた方の氏名・医療機関名・予防接種日・接種にかかる金額」を記載した領収書（領収印があるもの）と予診票の写しを添付してください。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	