

令和.....年度
 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種による
 助成金交付申請書
 令和.....年.....月.....日

平群町長 様

申請者
 住 所.....奈良県生駒郡平群町.....

氏 名.....続柄（.....）

電 話.....

金.....円（金額は記入しないでください）

（申請者と被接種者が異なる場合）
 上記申請者を私の代理人として定め、助成金交付申請を委任します。

但し、高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種による自己負担金を、振込みされるように申請します。

接種年月日	年.....月.....日
被接種者名	
接種医療機関 所在地 及び名称	

尚、上記の金額を次の金融機関へ振り込んで下さい。

振 込 口 座	銀行	口座番号	フリ ガナ 名 義
	支店 (店名)	普通 当座 貯蓄 号	

決 定	課長	主幹	係長	係	決裁日	年.....月.....日
					備 考	

※接種時に、予診票と依頼書を合わせて接種医療機関の窓口へ提出してください。

※接種後に本申請書を記入し、以下の添付書類と合わせて接種後 1 カ月以内に平群町健康保険課（プリズム内）に提出してください。

【添付書類】

予診票（原本）・領収書・明細書（被接種者名、接種医療機関名、接種日、接種項目と項目ごとの金額がわかるもの。コピー可）