

令和 年度 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症
 予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

平群町長殿

申請者

住所 奈良県生駒郡平群町

氏名 続柄 ()

TEL -

金 円 (金額は記入しないでください)

高齢者インフルエンザ (金 円) } 金額は記入しな
 新型コロナウイルス感染症 (金 円) } 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として定め、助成金交付申請を委任します。

但し、高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症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。

被接種者名		
	高齢者インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症
接種年月日	年 月 日	年 月 日
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	
	支店 (店名)	普通 当座 貯蓄 号	名義	

決定	課長	主幹	係長	係	決裁日	年 月 日
					備考	

※ 接種時に申請書、予診票と依頼書を合わせて接種医療機関の窓口にて提出してください。

※ 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(プリズムへぐり内)に提出してください。

【添付書類】

予診票（原本）・接種済証及び領収記録又は領収明細書（被接種者名、医療機関名、接種日、接種項目と金額がわかるもの。コピー可）