

令和 年度

予防接種助成金交付請求書

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)

- 高齢者用肺炎球菌 (金 円)
- 帯状疱疹 (金 円)
- インフルエンザ (金 円)
- 新型コロナウイルス (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として定め、助成金交付請求を委任します。

但し、「平群町予防接種委託料」に定める金額を上限とし、予防接種による公費負担額を振込みされるように申請します。

被接種者名		
ワクチン種類	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス
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
	(店名) 支店出張所	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。
 ※接種後に本請求書を記入し、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)