

年度 高齢者のインフルエンザによる  
自己負担金助成交付申請書

年 月 日

平群町長殿

申請者

住所 奈良県生駒郡平群町

氏名

印

TEL

—

金

円

(金額は記入しないでください)

但し、高齢者のインフルエンザ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。

申し出番号		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	課長	主幹	係長	係	決裁日	年	月	日
定					備 考			

- ※ 接種時に申請書、予診票と依頼書を合わせて医療機関窓口にて提出してください。
- ※ 接種されたらこの書類と医療機関の領収書（レシート・コピー可）・予診票（原本）を受診後1ヶ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。
- ※ 振込みの支払いは予診票を確認の後、行いますので若干遅れます。ご了承下さい。