

年度.....高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種による
自己負担金助成交付申請書

平群町長 様 _____ 年 月 日

申請者

住 所 奈良県生駒郡平群町.....

氏 名 印

電 話 ー.....

金.....円 (金額は記入しないでください).....

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。

申請番号 *町で記載		接種年月日	年 月 日
被接種者名		生年月日	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、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、**本申請書と接種医療機関の領収書（レシート）・予診票（原本）**を接種後
1ヵ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、予診票を確認次第となりますことをご了承下さい。