

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

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

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）へ提出してください。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。

【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、接種項目の金額がわかるもの。コピー可）