

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

名護市長 殿

注意 太枠の中だけ記入してください。

フリガナ		性別	生年月日		
被接種者氏名		男・女	(年齢： 才) 年 月 日		
住所	(電話番号：) 名護市				
予防接種名	実施日	実施医療機関名	支払料金	助成上限額	※助成額
高齢者肺炎球菌 ワクチン			円	4,000 円	円

【添付書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）
※原本に限ります。
- 請求者の振込先口座の通帳の写し等
- 予防接種済証又は予診票の写し等

振り込み先

振込先 金融機関	銀行・農協		本店・支店		区分	普通 当座			
	フリガナ		口座番号						
	口座名義人氏名								

誓約・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、名護市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りや相違があった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ