

様式第 1 号（第 5 条関係）

能美市高齢者肺炎球菌予防接種(任意)費用助成金申請書

年 月 日

能美市長 あて

(太枠内を記入してください。)

申請者 (接種者)	住 所	能美市			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	大正 昭和	年 月 日	電話番号	(日中連絡のつく電話番号)
	※肺炎球菌予防接種（23価）を受けてから5年以上経過した人のみ、前回予防接種を受けた日を記入してください。				年 月 日
	私は、能美市長が高齢者肺炎球菌予防接種(任意)費用助成金申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。 ☐ (承諾の場合 ☐ にチェックしてください)				

能美市高齢者肺炎球菌予防接種(任意)費用助成事業実施要綱第 4 条に基づき、高齢者肺炎球菌予防接種(任意)費用の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農業協同組合							本店 支店 支所	種 類
	口座番号 (左詰)								1. 普 通	
	フリガナ									2. 当 座
	口座名義人									

<医療機関記入欄> ※領収書を紛失した場合のみ

接種日	年 月 日	接種料	円
申請者は上記の通り、任意の高齢者肺炎球菌予防接種(ワクチン名：)を接種しました。			
医療機関名			(印)

※添付書類：(1) 高齢者肺炎球菌予防接種(任意)に要した費用が確認できる領収書（令和 2 年 4 月 1 日以降に接種した予防接種名、接種者名、接種日が明記されているもの。提出された領収書はお返しできません。）
※領収書を紛失した場合は、<医療機関記入欄>による証明が必要です。

(2) 通帳またはキャッシュカードの写し(口座番号を確認できる部分)

(3) 予防接種済証または接種済みの記載がある予診票等の写し

※接種月の翌月から数えて 6 箇月以内に申請して下さい。それを過ぎると助成を受けることができません。

市処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	---------	-------	-------	---