様式第1号(第5条関係)

志摩市高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

　 年　 月　 日

(宛先)志摩市長

(申請者)住 所

氏 名　　　　　　　印

続 柄　(　　　　　）

電話番号

志摩市高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 円  |
| 被接種者氏名 |  | 生年月日 | 　年　 月　 日 |
| 予防接種を受けた医療機関 | 　　　　　　　　　　　電話番号　　　—　　　　—　　　  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチン名 | 区分 | 接　種　日 | 接種費用 | 助成上限額 |
| ニューモバックス | 一般 | 令和　年　月　日 | 円 | 5,750円 |
| 生活保護受給者 | 令和　年　月　日 | 円 | 8,750円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金の振込先 | 　銀行・農協信金・信組  | 本店・支店 出 張 所  |
| 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |  |
| 口座名義人  |  |