

請求書の日付は、健康課（保健センター）に提出する日をご記入ください。

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費助成金交付申請・請求書

年 月 日

日進市長 あて

申請者と被接種者は同じ人となります。

申請者住所 日進市岩崎町兼場 101-1
 氏名 日進 花子
 電話番号 0561 (72) 0770

私は、下記のとおり高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種を受けましたので、助成金の交付のための領収証を添え申請します。

被接種者氏名	日進 花子	
生年月日（年齢）	昭和 21 年 1 月 1 日 （ 75 歳）	
接種年月日	令和 3 年 4 月 20 日	
医療機関名	日進保健クリニック	
請求金額	金 3,000 円	
振込先金融機関名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 銀行 農業協同組合 信用金庫	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 支店
口座番号	普通・当座 No. ○○○○○	
ふりがな	にっしん けん	
口座名義人	日進 健	(被接種者)

上限 3,000 円を助成します。
 ※ 生活保護世帯の人は病院で支払った金額を記入してください。
 ※ 金額の訂正は認められません。申請書を書き直してください。

振り込み先は申請者本人となります。
 申請者以外の口座の場合には、委任状が必要です。

※振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状

申請者(委任者) 氏名 日進 花子

私は、上記助成金の受領に関することを以下の者に委任します。

受任者 住所 日進市岩崎町兼場 101-1

氏名 日進 健 (申請者との続柄 夫)

- * 添付書類：接種を証明できる領収証
 （接種者氏名、接種年月日、予防接種名、金額、医療機関名・印の記載されたもの）
- 生活保護世帯受給証明書（生活保護世帯の方のみ）