

葛飾区高齢者肺炎球菌任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

葛飾区長 宛て

申請者 住 所 葛飾区  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 被接種者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

葛飾区高齢者肺炎球菌任意予防接種費用助成要綱第6条の規定により、別紙必要書類を添えて下記のとおり申請し、下記請求金額を請求します。  
 助成金については下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者	住 所	葛飾区		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
接種状況	医療機関名			
	ワクチンの種類	23 価肺炎球菌 <sup>きょうまく</sup> 莢膜ポリサッカライドワクチン(ニューモバックスNP)		
	接種日	年	月	日 (接種日の年齢 歳)
	自己負担額	円		
助成対象金額		円	※ 自己負担額から 1,500 円を差し引いた金額	
請求金額		円	※ 助成対象金額と 7,025 円を比較して少ない方の金額	

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店 出張所			
	預金種別	普通	当座	口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人	※請求者と口座名義人が異なる場合は裏面の委任状を記入してください。						

誓約・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

本申請にあたり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の高齢者肺炎球菌予防接種のワクチンは、23 価肺炎球菌 <sup>きょうまく</sup> 莢膜ポリサッカライドワクチン(ニューモバックスNP)であることを医療機関に確認しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23 価肺炎球菌 <sup>きょうまく</sup> 莢膜ポリサッカライドワクチン(ニューモバックスNP)を初めて接種しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りや誤りがあり支給要件に該当しなかった場合は、支給済みの費用を返還します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

委任状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

葛飾区長 宛て

年 月 日

委任者（被接種者）

住所 葛飾区 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は以下の者を代理人と定め、葛飾区高齢者肺炎球菌任意予防接種費用助成金の申請及び受領に関する権限を委任します。

受任者（代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者（被接種者）との関係 \_\_\_\_\_