

様式第1号（第5条関係）

潮来市高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

被接種者	ふりがな		生年	年 月 日		
	氏名		月日			
接種年月日	年 月 日					
これまでに肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたことがある。 (どちらかに○をしてください)		いいえ はい (年 月 日) ※前回接種日より5年間経過していないと接種できません。				
医療機関支払額		円	請求額		円	
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	支店出張所	
	コード			コード		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
	口座名義	フリガナ				
上記のとおり、予防接種費用の助成金を請求します。						
年 月 日						
申請者 住所 氏名 電話番号						
潮来市長 様						

※口座の名義は、申請者本人でお願いします。

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証する書類
- (2) 後期高齢者医療被保険者証