

様式第4号

米原市高齢者インフルエンザ予防接種費用償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

米原市長 様

米原市高齢者インフルエンザ予防接種費用の償還について、下記のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。

申 請 者 (被 接 種 者)	フリガナ			生年月日	
	氏名	⑩		明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
	住所	〒 米原市		電話番号	
助成対象区分		() 生活保護世帯 () 市民税非課税世帯 (同一世帯内に市民税課税者がいない世帯)			
申請額		接種(予診)日	費用	医療機関名	
		年 月 日	円		
振 込 先 ※	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所 代理店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号				口座番号は 左詰め記入
	(フリガナ)				
口座名義人					
予防接種費用の助成を決定するために、生活保護受給状況または被接種者と同一世帯に属する者の市民税の課税状況を調査することに同意します。 署名 _____					

【添付書類】 領収書または医療費領収証明書

〔接種に対する支払金額が記載され、医療機関の印が押印されたものを添付ください。〕
〔「インフルエンザ予防接種本人控」ではありませんのでご注意ください。〕

※振込先の口座名義人は、申請者本人名義の口座としてください。本人名義の口座でない場合は、以下により委任についてご承諾願います。

私は、上記の口座名義人に高齢者インフルエンザ予防接種費用償還払の受領について、その権限を委任します。

氏名 _____ ⑩

受付場所	<input type="checkbox"/> 健康づくり課 <input type="checkbox"/> 山東支所 <input type="checkbox"/> 近江市民自治センター		
	<input type="checkbox"/> 伊吹市民自治センター <input type="checkbox"/> () 行政サービスセンター		
確認欄	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 非該当	確認者	