

武蔵野市長 殿

高齢者肺炎球菌ワクチン任意予防接種費償還払申請書兼請求書

高齢者肺炎球菌ワクチン任意予防接種費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

なお、この償還払による助成を受けるために必要な範囲内において、市が住民基本台帳及び医療機関等における情報を確認することに同意します。

注 太枠内のみご記入ください。

1 申請者（被接種者本人または成年後見人等のみ）

氏名		被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人等
現住所	〒		
電話番号			

2 被接種者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和 年 月 日
接種日時 の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 武蔵野市	<input type="checkbox"/> 住登 確認

3 予防接種

予防接種を受けた日	支払額	市の助成額	請求金額	審査欄
令和6年 月 日	円	円	円	

備考

- 1 請求金額は、支払額と市の助成額とのうち、いずれか低い金額になります。
- 2 請求権は、交付決定後に生じます。

4 振込先

銀行名	コード					支店番号			
	銀行 信用金庫 農協						支店名	本店 支店 支所	
フリガナ									
口座名義									
口座種別	普通 ・ 当座				口座番号				

振込先の口座名義を申請者以外の方にする場合は、下記委任状に記入及び捺印が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。	
令和 年 月 日	申請者 (印)

5 関係書類

- (1) 領収書（接種した予防接種の種類と自己負担額が確認できるもの）
- (2) 予防接種の記録が確認できる書類（予防接種済証等）
- (3) その他市長が必要と認める書類