高齢者用(H29)

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種費用助成申請書

平成　　年　　月　　日

新潟県糸魚川市長　様

住所　新潟県糸魚川市

申請者

氏名　　㊞

連絡先電話番号

(注)↓接種費用から自己負担額４，640円を差し引いた金額を記載してください。

下記のとおり 金　　円 の肺炎球菌感染症予防接種費用の助成を申請します。

被接種者氏名	生年月日	申請者との続柄	備考
	大正 昭和　　年　　月　　日生		

金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 労働金庫 県信漁連 農協	店舗名	本店 支店						
預金種別	普通　・　当座	口座番号							
ふりがな									
口座名義									

接種医療機関名	

施設入所中および医療機関入院中の方は施設名をご記入ください。	住　所 施設名

添付書類　**領収書の写し**
予診票(2部複写のうち市提出分)
振込口座名義人が被接種者でない場合は、裏面の委任状も必要です

申請期間　平成29年4月1日～平成30年3月30日まで
(助成は期間内に1回のみです。)

※糸魚川市内の医療機関、糸魚川市と契約している医療機関で接種を受けた場合、この手続きは必要ありません。

委 任 状

平成　　年　　月　　日

申請者

住　　所	糸魚川市
氏　　名	㊞

私は、肺炎球菌感染症予防接種費用助成申請」について、下記の者を私の代理人と定め、助成額　　円の受領に関する行為を委任します。

代理人（口座名義人）

住　所	糸魚川市
氏　名	㊞
金融機関	銀　行 信用組合 信用金庫 労働金庫 農　協 県信漁連
店舗名	本店 ・ 支店
預金種別	普通　・　当座
口座名義	ふりがな
口座番号	

被接種者の口座以外に振込む場合のみ記入する。