

# 高齢者肺炎

## 寝屋川市肺炎球菌予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛

寝屋川市肺炎球菌ワクチンの接種費用の助成に関する要綱第 10 条第 1 項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、私は「寝屋川市暴力団排除条例（平成 25 年寝屋川市条例第 20 号）に規定する暴力団員でない者又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない者」であることを誓約し、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

### ◆ 申請者

氏名	フリガナ	続柄	生年月日	大・昭・平
				年 月 日
住所	〒 -	電話番号	-	-

### ◆ 被接種者（予防接種を受けた者）

**（申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。）**

氏名	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ）	生年月日	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ）		
住所	<input type="checkbox"/> （申請者と同じ） 〒		大・昭 年 月 日		
医療機関名		接種年月日	年 月 日	ワクチン Lot No.	

### ◆ 振込先・請求金額

**（口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。）**

請求金額	金 3,500 円		
振込先 口座情報	銀行	支店	普通・当座
	口座番号	口座名義人（カタカナ）	

----- 【以下は記載しないでください。】 -----

予防接種の種類	高齢者肺炎球菌		(受付印)	
確認欄	添付書類	本人確認書類		
	<input type="checkbox"/> 領収書（ワクチン名記載のもの） <input type="checkbox"/> 通帳又は キャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> 接種者又は申請者の 本人確認書類	(いずれか一点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証		
			受付者	
			受付方法	窓口・郵送