

# 記入例

## 寝屋川市肺炎球菌予防接種助成金交付申請書兼請求書

空白にしておいて下さい。

令和 年 月 日

(あて先)寝屋川市長

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」であることを誓約し、寝屋川市が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

**注意**

申請者が被接種者以外の場合は委任状が必要です。

申請者	氏名			
	住所	〒 572 -	寝屋川市	
	生年月日	昭和 / 平成	年	月 日 ( 歳)
	電話番号	( )		
被接種者 (予防接種)	氏名	申請者と同じ		
	住所	申請者と同じ		
	生年月日	昭和 / 平成	年	月 日 ( 歳)
医療機関名	接種年月日		ワクチンLot No.	
	年 月 日			
請求金額	金 3,500 円			

申請者の  
・郵便番号、住所  
・氏名  
・電話番号  
をご記入下さい。

予防接種を受けられた方の  
・氏名  
・生年月日  
・医療機関名  
・接種年月日  
・ワクチンLot No.  
をご記入下さい。

※ 申請者欄に記入された方と同じ場合は、(申請者と同じ)に○をしてください。

振込先銀行口座等	※ 口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が		
金融機関名			
支店・口座番号	支店名( 支店) 普通・当座 No.		
口座名義人(カタ)			

振り込みを希望される  
・金融機関名  
・支店名  
・預金の種類  
・口座番号  
・口座名義人  
をご記入下さい。

**注意**

口座名義人が被接種者以外の場合は委任状が必要です。

空白にしておいて下さい。

市記載欄	受付	申請者	確認欄
年 月 日			<input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他( )

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

(あて先)寝屋川市長

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		
	住所	〒 572 - 寝屋川市	
	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 ( 歳)	
	電話番号	( )	
被接種者 (予防接種を受けた者)	氏名	申請者と同じ	
	住所	申請者と同じ	
	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 ( 歳)	
医療機関名		接種年月日	ワクチンLot No.
		年 月 日	
請求金額	金 3,500 円		

振込先銀行口座等	※ 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。		
金融機関名			
支店・口座番号	支店名( 支店) 普通・当座 No.		
口座名義人(カタカナ)			

市記載欄

受付日	受付者	確認欄	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他( )