

寝屋川市高齢者インフルエンザワクチン
予防接種報告書兼助成金交付請求書

インフルエンザ

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛

寝屋川市高齢者インフルエンザワクチン接種事業実施要綱第13条第1項の規定により、
次のご申請に同意し、申請書及び請求します。

注意

申請者が
**被接種者以外の場合は
委任状が必要です。**

請求書を届出する方（窓口に来られる方）の氏名（法人名）、住所、生年月日、電話番号をご記入ください。

氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日
〒	電話番号	- -

予防接種を受けた方の氏名、住所、生年月日をご記入ください。
※申請者と同じ場合は(申請者と同じ)に○をしてください。

予防接種を受けた日にちと、ワクチンのロットナンバーをご記入ください。(ロットナンバーは接種時に記入した予診票又は接種済証から確認できます。)

氏名	(申請者と同じ)	年 月 日
住所	(申請者と同じ) 寝屋川市	年 月 日
予防接種を受けた日	令和 年 月 日	ワクチン Lot.No

◆ 振込先・請求金額

空白にしてください。

(口座番号は申請者と同じ) **申請者と異なる場合は委任状が必要です。**

請求金額	金	円
振込先	銀行	支店
口座情報	口座番号	口座名義人 (カタカナ)

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(フリガナ)を
正しくご記入ください。

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。**

確認欄	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 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"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---

空白にしてください。

寝屋川市高齢者インフルエンザワクチン
予防接種報告書兼助成金交付請求書

インフルエンザ

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛

寝屋川市高齢者インフルエンザワクチン接種事業実施要綱第 13 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		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	(申請者と同じ)		生年月日	(申請者と同じ) 大・昭 年 月 日
住所	(申請者と同じ) 寝屋川市			
予防接種を受けた日	令和 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 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	高齢者インフルエンザ	(受付印)	
確認欄	<input type="checkbox"/> 依頼書の発行 健推予第 号 <input type="checkbox"/> 接種券の発行 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月 日発行)		
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 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"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付者 押印欄	