

幕別町高齢者インフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

電 話 ()

(被接種者との続柄)

幕別町高齢者インフルエンザ予防接種実施要綱の規定により、次のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。なお、審査のため領収書、接種済証について医療機関への内容照会を行うこと、被接種者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

被接種者住所	☐ 申請者に同じ 幕別町		
被接種者氏名	☐ 申請者に同じ	生年月日	年 月 日

1 助成対象区分及び必要書類

共通の必要書類(接種費用の領収書の写し、インフルエンザ予防接種済証の写し)

▼該当する箇所に○印をつけてください

該当	助成対象区分	自己負担額
	① 65歳以上の方	1,300円
	② 60歳から64歳の方で、下記に該当する方 ・心臓・腎臓・呼吸器の機能に自己の日常生活行動が極度に制限される程度の障がい有する方 ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がい有する方	1,300円
	③ (①、②のうち)被保護世帯に属する方	0円

2 助成額(接種費用から自己負担額を控除した額)

金 円

【振込先金融機関】*通帳の写しを添付

		銀行 金庫 組合 農協	本店・支店 本所・支所 出張所		
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄	ゆうちょ銀行の場合	店名	店番	
口座番号					
口座名義人	(フリガナ)				