

幕別町高齢者インフルエンザ予防接種費用請求書

※黄色部分に記入ください。令和 年 月 日

幕別町長 様

※家族でも可⇒ 申請者(保護者) 郵便番号 089-0692
住 所 幕別町本町 130 番地 1
氏 名 幕別 太郎
電 話 0155 (54) 3811
(被接種者との続柄 本人)

幕別町〇〇〇予防接種実施要綱の規定により、次のとおり〇〇〇予防接種費用を請求します。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 ←申請者と <u>同じ</u> 場合は ☒ 幕別町〇〇〇〇〇〇〇〇 ←申請者と <u>違う</u> 場合は記入 (申請書と同じ場合は記入不要)		
被接種者氏名	☒ 申請者に同じ ←※申請者と <u>同じ</u> 場合は ☒ 〇〇 〇〇 ←※申請者と <u>違う</u> 場合は記入	生年月日	昭和 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、〇〇〇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 〇〇の方	1,300円
☐	② 〇〇の方	1,300円
☐	③ (①、②のうち) 〇〇の方	0円

- 2 助成額(接種費用から自己負担額を控除した額)
- ※医療機関で支払った金額から自己負担額を引いた額を記入⇒ 金 〇〇〇〇 円

【振込先金融機関】*通帳の写しを添付 ※通帳を持参ください。窓口で写しをとります。

		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 九一八	店番 918	
口座番号	000001234				
口座名義人	(フリガナ) マクベツ タロウ				
	幕 別 太 郎				

予防接種費用助成の申請について

裏面の記入例を参考に申請書に記載し、申請窓口に提出してください。

持ち物

- ① **「予防接種済証」の写し**（窓口でもコピーできます）
ワクチン名、ロット番号、接種日や接種者名があるものです。
予診票のコピーでも良いです。
- ② 医療機関が発行する**「領収証」の写し**（窓口でもコピーできます）
予防接種名、接種費用がわかるものが必要。領収証に予防接種名が記載なければ診療明細書を一緒に添付してください。医療機関の会計窓口に出ると診療明細書を発行してもらえます。
- ③ 振込口座通帳の**口座番号がわかるページの写し**（窓口でもコピーできます）

申請窓口

幕別町役場	幕別町本町 130 番地 1
札内支所	幕別町札内青葉町 311 番地 11（札内コミュニティプラザ内）
糠内出張所	幕別町字糠内 251 番地 1（糠内コミュニティセンター内）
忠類総合支所	幕別町忠類錦町 439 番地 1（忠類コミュニティセンター内）
ふれあいセンター福寿	幕別町忠類白銀町 384 番地 10

郵送の場合は

〒089-0692 幕別町本町 130 番地 1 幕別町保健課健康推進係 宛

お問い合わせ先

けんこうすいしん
保健課健康推進係 ☎ 0 1 5 5 - 5 4 - 3 8 1 1