（別記様式）

令和　　年　　月　　日

綾歌郡綾川町
綾川町長　殿

申請者住所

氏名　　印

（被接種者との関係　　）

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種の償還払を受けたいので、綾川町インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種費用助成要綱の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

1　被接種者

			生年月日
（フリガナ）		男・女	平成 令和　　年　　月　　日 （　　）歳
被接種者氏名			
住　所	綾川町		
電話番号			

2　予防接種

※請求金額欄は記入しないでください

予防接種の種類	接種日	支払料金(a)	請求金額
□インフルエンザ1回目	年　　月　　日		
□インフルエンザ2回目（13歳未満）	年　　月　　日		
	年　　月　　日		

支払料金(a)と支払い上限額(b)を比較し、どちらか低い金額を助成します。

インフルエンザ	年齢区分	支払上限額(b)
	生後6か月～18歳到達年度	上限なし
	定期接種（65歳以上ほか）	4，990円

3　振込先

		銀行コード		支店名		支店コード
銀行名	銀行 農協 郵便局				支店	
（ﾌﾘｶﾞﾅ）						
口座名義						
口座種別	普通・当座	口座番号				

これより以下は記入しないでください

【事務処理欄】

インフルエンザ	ck	年齢区分	回数	上限額	助成額
		生後6か月～18歳	1回目・2回目	なし	
		65歳以上（県外接種）		なし	
			助成金額		