

様式第1号（第5条関係）

能美市高齢者肺炎球菌予防接種（任意）費用助成金申請書

年 月 日

能美市長 あて

（太枠内を記入してください。）

申請者 (接種者)	住所	能美市		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正 昭和	年 月 日	電話番号 (日中連絡のつく電話番号)
	※肺炎球菌予防接種を受けてから5年以上経過した人のみ 前回、予防接種を受けた日を記入してください。			年 月 日
	私は、能美市長が高齢者肺炎球菌予防接種（任意）費用助成金申請に係る事務を行うにあたり、 住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。 <input type="checkbox"/> （承諾の場合□にチェックしてください）			

能美市高齢者肺炎球菌予防接種（任意）費用助成事業実施要綱第4条に基づき、高齢者肺炎球菌予防接種（任意）費用の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

決定された助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合						本店 支店 支所	種類
	口座番号（左詰）							1. 普通	
	フリガナ								2. 当座
	口座名義人								

<医療機関記入欄> ※領収書を紛失した場合のみ

接種日	年 月 日	接種料	円
申請者は上記の通り、任意の高齢者肺炎球菌予防接種（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）を接種しました。			
医療機関名			

※添付書類：(1) 高齢者肺炎球菌予防接種（任意）に要した費用が確認できる領収書（令和2年4月1日以降に接種した予防接種名、接種者名、接種日が明記されているもの。提出された領収書はお返しできません。）  
※領収書を紛失した場合は、<医療機関記入欄>による証明が必要です。

(2) 通帳またはキャッシュカードの写し（口座番号を確認できる部分）

※接種月の翌月から数えて6箇月以内に申請して下さい。それを過ぎると助成を受けることができません。

市処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	---------	-------	-------	---