

様式第1号(第6条第1項関係)

天龍村高齢者等肺炎球菌予防接種費助成金申請書兼請求書

年 月 日

天龍村長 様

(申請者)

住所

氏名

印

(被接種者との続柄： )

電話番号

天龍村高齢者等肺炎球菌予防接種助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|                |        |                  |                |       |
|----------------|--------|------------------|----------------|-------|
| 被接種者           | 氏名     |                  |                |       |
|                | 生年月日   | 年                | 月              | 日     |
| 予防接種を受けた年月日    |        | 年                | 月              | 日     |
| 接種の回数 (いずれかに○) |        | 1回目              | ・              | 2回目   |
| 予防接種を受けた医療機関名  |        |                  |                |       |
| 予防接種費用額        |        | 円                |                |       |
| 振込先<br>金融機関    | 金融機関名  | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>支所 |       |
|                | 口座番号   |                  | 種別             | 普通・当座 |
|                | (フリガナ) |                  |                |       |
|                | 口座名義人  |                  |                |       |

(添付書類) 医療機関発行の領収書 (接種の内容が記載されたもの)  
接種の記録が確認できる書類の写し (接種済証等)

※助成金の上限額は、村と長野県医師会の契約単価から自己負担分4,000円を控除した額となります。