高齢者等定期（Ｂ類疾病）予防接種自己負担額助成申請書

　　年　　月　　日

愛別町長　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

被接種者との続柄

高齢者等定期（Ｂ類疾病）予防接種自己負担額の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  内  容 | 被接種者 | 住所 | | |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 年齢 | | | 歳 | | | 身体障害者手帳番号  (60歳～65歳未満) | | | | | | 第　　　　　号 | |
| 内  容 | 医療機関名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 種別 | | |  | | | | | | | | | | |
| 接種日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 接種に要した費用 | | | 円 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | | 銀行　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | 普通・当座 | | | | | 口　座  名義人 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | |
|  | | | |
| ※  決  定  欄 | 課長 | |  | | | | 課長補佐 |  | 係長 | |  | | | 係 |  |
| １　上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。  ２　次の理由により上記申請を却下する。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 支　給  決　定 | | | 円　（接種額－自己負担額　　　　　　　円） | | | | | | | | | | | |
| 却　下  理　由 | | |  | | | | | | | | | | | |