

品川区定期予防接種費（高齢者）助成申請書



| | | | |
|-----------------|----------|---|----------|
| (フリガナ) 接種者氏名 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 日 (歳) |
| 接種者住所 | | | |

| | |
|-------|---|
| 助成申請額 | 円 |
|-------|---|

| | | | | | | | | |
|--|----|----|------|--------------------|--|--|--|-----------------|
| 振込先金融機関名 | | | | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | | 本店 支店 出張所 |
| 口座の種類 | 普通 | 当座 | 口座番号 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |
| <p>※ 振込先の記載に誤りがあると、助成金を振り込むことができません。正確に記載してください。</p> <p>この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。 なお助成金は、上記の口座に振り込みください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>品川区長 へて 請求者</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印</p> <p>電話 () _____</p> | | | | | | | | |

・請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。
・接種者と請求者が異なる場合には、続柄を確認する書類(戸籍等)が必要になる場合があります。

| | |
|-----------------------------------|------------|
| 私は、上記口座名義人に品川区定期予防接種費の受取を委任いたします。 | |
| 平成 | 年 月 日 |
| | 氏名 _____ 印 |

.....《事務処理欄》.....

| | |
|-------|---|
| 助成決定額 | 円 |
|-------|---|

| | | | |
|----------------|------------|-----------|---------------|
| 住民情報 システム確認 | 接種済証 確認 | 領収書 確認 | 予防接種 依頼書確認 |
|----------------|------------|-----------|---------------|



| | | |
|--------------------|--------|---------------|
| 高齢者 インフル エンザ | 受診年月日 | 平成 年 月 日 (歳) |
| | 自己負担金額 | 円 |
| | 医療機関名 | |
| | 住所 | |
| | 医師の氏名 | |

| | | |
|-----------------|--------|---------------|
| 高齢者 肺炎球 菌 | 受診年月日 | 平成 年 月 日 (歳) |
| | 自己負担金額 | 円 |
| | 医療機関名 | |
| | 住所 | |
| | 医師の氏名 | |

| | |
|-------|---|
| 助成申請額 | 円 |
|-------|---|