

品川区定期予防接種費（高齢者）助成申請書

捨印



（助成の対象となるのは、事前に「予防接種依頼書」を品川区に申請した定期予防接種のみです）

（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								

※ 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。

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。

平成 年 月 日

品川区長あて 請求者

住所

氏名

印

電話（ ）

- ・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	
----------------	--	------------	--	-----------	--	---------------	--

第1号様式2-2

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
-------	---