

## 品川区定期予防接種費（高齢者）助成申請書

（予防接種を受けた本人） 被接種者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	（	歳）				
	住所	〒									

助成申請額	円
-------	---

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合										本店 支店 出張所	
	金融機関コード (4桁)					支店番号 (3桁)							
	口座の種類	普通・当座				口座番号 (左詰め)							
	フリガナ												
	口座名義人												

品川区長あて

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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

請求者（予防接種を受けた本人または成年後見人※）  
※成年後見人の場合は、登記事項証明の写しを添付

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話（ \_\_\_\_\_ ）

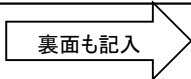
請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要となります。

**委任状**

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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名  
(請求者と同一)



..... << 以下、区事務処理欄 >> .....

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(第4条関係)

高齢者 インフルエンザ	接種年月日	年 月 日 ( 歳)
	接種費用	円
	自己負担区分	一般 ・ 免除 (生活保護受給者等)
	医療機関名	
	住 所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

高齢者 肺炎球菌	接種年月日	年 月 日 ( 歳)
	接種費用	円
	自己負担区分	一般 ・ 免除 (生活保護受給者等)
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上
	住 所	
	医師の氏名	
助成申請額		円