

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) 被接種者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
被接種者住所			

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。				
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。
- ・被接種者と請求者が異なる場合には、戸籍謄本や成年後見人登記事項証明が必要となります。

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。	
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
----------------	------------	-----------	---------------

捺印



第1号様式2-2

高齢者 インフルエンザ	受診年月日	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	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
-------	---