

高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種費用償還払い申請書

小樽市長 様

高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種費用の自己負担分について、償還払いを申請します。

また、償還払いを受けるに当たり、私及び私の「世帯」の市民税課税状況に関する情報につき、小樽市が確認（情報連携照会）することに同意します。

申請者 (接種を受けた方)	住所	小樽市 丁目 番 号		
	TEL	TEL		
	フリガナ	生年月日		
	氏名	⑩		明治 大正 昭和 年 月 日
	接種日	令和 年 月 日	自己負担額	円
医療機関名				

申請者と償還金の受領者(口座名義人)が異なる場合は、申請者本人が委任状に記入してください。

委任状			令和 年 月 日
委任者 (接種を受けた方)	氏名	⑩	
私は、下記の者を代理人と定め上記の受領を委任します。			
代理人 (口座名義人)	住所		
	氏名		

振込先金融機関

銀行名	支店名	種別	口座番号						口座名義人	カタカナ
		普通 当座								
ゆうちょ銀行	記号	1				0			口座名義人	カタカナ
	番号									

- * 接種費の領収書を必ず添付してください。
- * 償還払いの申請期限は、令和3年3月31日までです。

*保健所記入欄 償還決定額	円
------------------	---