

芦屋町高齢者带状疱疹任意予防接種費用助成金交付申請書 太枠内に必要事項を記入してください。

被接種者			
住 所	(〒 -)		電話番号:
ふりがな氏名	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
同意欄	<input type="checkbox"/> 申請に係る年度の生活保護の受給状況及び町民税の課税状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 接種を証明する書類がない場合、町が実施医療機関へ確認することに同意します。		
委任欄	<input type="checkbox"/> 申請の手続きの権限を、申請者に委任します。		
接 種 月 日	令和 年 月 日		
接種医療機関名		接種医療機関 電話番号	
支 払 金 額	円		
芦屋町長 様 上記のとおり予防接種に要した費用に関する別紙証明書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 申請者 ^{ふりがな} 氏名 _____ 住所 (〒 -) _____ _____ 被接種者との続柄 _____ 電話番号 _____			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 申請に係る年度の生活保護の受給状況及び町民税の課税状況を確認することに同意します。 (被接種者と住民票上同一世帯の親族) ^{ふりがな} 氏名 _____ ^{ふりがな} 氏名 _____ ^{ふりがな} 氏名 _____		

振込み先

口座名義カナ	銀行・信用組合 農協・信用金庫	本店・支店 出張所	種目	口座番号
				普通・当座

- 添付書類 (1) 予防接種を受けた者の氏名が記載された領収書
 (2) 接種事実を確認できる書類 (予防接種名・接種日が分かるもの)
 (3) 口座番号が確認できる書類の写し

町記入欄

支 払 金 額	自 己 負 担 額	支 給 金 額 (決 定 額)
円	円	円

支給決定伺	決 裁 欄	課 長	係 長	係

令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 領収書 (兼明細書)	<input type="checkbox"/> 接種を証明するもの	<input type="checkbox"/> 通帳
<input type="checkbox"/> 申請者確認 (マ・保・運・診・他 ())		<input type="checkbox"/> 被接種者確認 (マ・保・運・診・他 ())	
<input type="checkbox"/> 被接種者住基登録確認		<input type="checkbox"/> 郵送先確認 (申・被)	<input type="checkbox"/> 医療機関確認
			処理者 _____

<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護
----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------