

高齢者予防接種負担金請求書

年 月 日

（宛先）
秦野市長

次のとおり、高齢者予防接種費用の交付を請求します。

請求額 _____ 円

また、高齢者予防接種に係る費用免除措置事務に当たり、秦野市が次に掲げる事項を行うことについて同意します。

- 1 住民基本台帳、課税台帳等により申請者の所得状況等を確認すること。
なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。
- 2 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第8号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会すること。

（申請者）

住 所	〒											
電 話 番 号	()											
ふりがな氏名					生年月日	大 昭 平 年 月 日 (歳)						
個人番号記入欄 (注) 本年1月2日以後に秦野市へ転入した場合のみ記入してください。 (転入前の市区町村：)												

請求する項目の「実施医療機関・接種日」を御記入ください。

高齢者予防接種の種類	実 施 医 療 機 関	接 種 日	自己負担額				
インフルエンザ		・ ・	1	6	0	0	円
肺炎球菌感染症		・ ・	3	0	0	0	円

高齢者予防接種の種類	実 施 医 療 機 関	接 種 日	自己負担額				
新型コロナウイルス 感染症		・ ・	5	0	0	0	円
带状疱疹 (生ワクチン)		・ ・	2	7	0	0	円
带状疱疹 (不活化ワクチン)		・ ・	7	0	0	0	円
带状疱疹 (不活化ワクチン)		・ ・	7	0	0	0	円

振込先

振込先金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合								支店 支所
預金種目	普 通 当 座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

※請求できるのは、接種した年度の末日までです。

※領収書を必ず添付してください。

※振込先が分かる資料を必ず添付してください。

申請者と払込口座名義人が違う場合は、「委任状」も御記入ください。

委 任 状

住 所 秦野市
名 前

上記の者を代理人と認め、秦野市からの高齢者予防接種費用支払金を受領する一切の権限を委任します。

住 所 秦野市
氏 名

※自署が困難な場合は記名押印