

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)茅ヶ崎市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ ⑩※ (被接種者との続柄 _____)
※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。
 電話番号 _____

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏 名	[フリガナ: _____]		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 郵便番号[_____]		
接種の内容	別紙のとおり			
予防接種の種類	接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	限度額内接種料金(C) (A・Bのうち少ない額)
インフルエンザ		円	円	円
肺炎球菌		円	円	円
予診のみ		円	円	円
合 計 額 (D)				円
被接種者の自己負担金額の合計 (E)		<input type="checkbox"/> インフルエンザ(2,000円) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(4,000円)		円
※生活保護受給者の方は免除。				
交 付 申 請 額 (D-E)				円

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 予診票又はその他予防接種の内容が確認できる書類
- (2) 領収書の写し
- (3) 生活保護受給証・休日夜間受診票の写し(生活保護世帯の方のみ)
- (4) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	依頼書発行番号(_____)			(収受印)
	備考			
	本人確認書類(※押印省略時のみ使用) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	受付者		受付方法	