様式第５号

高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用交付申請書

年　　月　　日

軽米町長　　様

申請者　住所
氏名
（被接種者との続柄　　）
（連絡先　　）

高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td>被接種者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">大正・昭和
年　月　日生
（満　歳）</td></tr>
<tr><td>被接種者住所</td><td colspan="5">〒
軽米町大字</td></tr>
<tr><td>接種を受けた日</td><td colspan="5">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種を受けた医療機関</td><td>所在地
医療機関名</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>支払金額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="4">銀行・農協・信用金庫</td></tr>
<tr><td colspan="4">本店・支店・支所・出張所</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td>預金種別</td><td>普通・当座</td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

添付書類

１　高齢者肺炎球菌感染症予防接種予診票

２　医療機関の発行した高齢者肺炎球菌感染症予防接種に係る領収書の写し

軽米町記入欄　　※この欄には記入しないでください。

区分	交付決定の可否	交付決定額
□ 65歳の者 □ 60～64歳の身障１級該当者 □ 上記該当者の生活保護世帯の者 □ 上記以外の者	□ 可 □ 否	円