

高槻市成人用肺炎球菌予防接種 費用償還申請兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 高槻市長

下記のとおり、成人用肺炎球菌予防接種費用の償還について関係書類を添え申請及び請求します。  
また、償還金の支払いのために必要な範囲で世帯員の市民税課税状況等を閲覧することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

◆申請者 (予防接種をされた者)

フリガナ 氏名		生年月日	大・昭 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -	電話番号	-

◆請求金額

① 医療機関での支払額 (領収書記載の額)	② 市の定める上限額	③ ①又は②の どちらか低い額	④ 自己負担額	③-④ 請求金額
円	7,485 円	円	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> 0 円(無料) 下記該当者のみ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯の方 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯の方 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の支援給付対象者	円
接種日	接種を受けた医療機関	医療機関所在地		
令和 年 月 日				

◆振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	口座種別	普通 ・ 当座
支店名 出張所名	本店 支店 出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

◆委任状 ※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合のみ、下欄にも記入・押印をお願いします。

私は、次の者に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者氏名(口座名義人)	住所	
委任者氏名(申請者)	住所	

..... ここから下は記入・押印しないでください .....

【市記載欄】

提出方法	窓口 ・ 郵送	受取者	確認者	受付番号	
------	---------	-----	-----	------	--

市 収受印
-------