

令和5年度 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

(宛先) 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市民税課税状況等を閲覧すること及び医療機関へ照会することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

◆申請者 (予防接種を受けた者)

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	7,497 円	円	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> 0 円(無料) 下記該当者のみ ・生活保護世帯の方 ・市民税非課税世帯の方 ・中国残留邦人等支援給付受給者	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
		口座番号	
支店名 出張所名	本店 支店 出張所	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
------	---------	-----	-----

市 収受印
-------

※依頼書発行履歴の確認や、委託医療機関であることを確認すること