

第4号様式（第9条関係）

上越市高齢者予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和2年12月5日

(宛先) 上越市長

申請者 住所 ○○県△△市□□町1-1-△
氏名

※署名の場合は押印不要

電話番号 090-123-****

被接種者との続柄 娘

次のとおり関係書類を添えて、上越市高齢者予防接種費用助成金の交付を申請します。

被接種者	氏名	上越 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	生年月日	明治 大正 25年 8月 1日 (70歳) 昭和				
	住所	※申請者と同一の場合は記入不要 上越市木田1-1-△				
	生活保護区分	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当				
実施状況	インフルエンザ接種	接種年月日	令和2年11月5日	接種費用	5,500円	
	肺炎球菌ワクチン接種	接種年月日	年 月 日	接種費用	円	
	予診のみ	実施年月日	年 月 日	接種費用	円	
振込先	金融機関名	上越		銀行 金庫 農協	高田 本店 支店 出張所	
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当座	口座番号	1234567		
	フリガナ 口座名義人	ジョウエツ ハナコ 上越 花子				

備考

- 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。異なる場合は、委任状が必要です。
- 申請書に次の書類を添付して提出してください。
 - 領収書の原本
 - 医療機関が発行する接種済証など、接種内容が分かるもの
 - 委任状（振込先の口座名義人と申請者が異なる場合）

申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です