

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 年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住 所  
氏 名

※署名の場合は押印不要

電話番号

被接種者との続柄

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				性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日	( 歳)		
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要				
	生 活 保 護 区 分	<input 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	年 月 日	接種費用	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	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
		預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
		フリガナ 口座名義人				

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）