

(記入例)

柏原市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券交付申請書

申請日 令和 年 月 日

柏原市長 様

申請者 住所 ○○○○-△△-□□
氏名 ○○ △△
続柄 ○○ 電話 ○○○○-△△△△-□□□□

下記のとおり助成事業を申請します。

なお、市がこの申請内容について、必要な情報を確認することに同意します。

記

被 接 種 者	フリガナ	○○○○ △△△△
	氏名	○○ △△ (男・女)
	生年月日	(明治・大正・昭和) ○○年 △△月 □□日 (満○○歳)
	住所	柏原市 ○○○○-△△-□□
	昼間連絡の取れる電話番号	○○○○-△△△△-□□□□
これまでにこの助成金を受けたことがない		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがない		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ

チェックしてください

<申請方法及び申請にあたっての注意事項>

- ① 助成を受けるためには、必ずこの「申請書」を保健センターに提出してください。
また、お手元に助成券が届いたら医療機関に予約をしてから、助成券を持参してください。
提出がない場合、助成を受けることが出来ませんのでご了承ください。
- ② 接種費用は8,360円の内、市の助成券(5,160円)と自己負担の3,200円を医療機関に支払って下さい。
- ③ 助成を受けることができるのは、接種時点で柏原市に住所を有する人に限られます。
- ④ この助成を受けることができるのは、一生涯につき一回限りです。
- ⑤ なお以前に、高齢者肺炎球菌23価ワクチンを接種した方は受けられません。

保健センター記入欄(記入しないでください。)	
受付日:	郵送日:
発行: 窓口・郵送	