様式第１号の２（第６条第２項関係）

予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌)

令和　　年　　月　　日

柏 原 市 長　様

　　　　　　　　　　　　　　　 申請及び請求者　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄　本人・本人以外〔　　　　　〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 　話　番 　号　（　　　）　　―

予防接種費用について領収書を添えて申請及び請求いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | ふりがな |  | 生年月日 | □明治　　□大正　　□昭和年　　月　　日（　　　）才 |
| 　　　　　　　　　　　 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　　－　　　　　　 |
| 住　　所 | 柏原市 |
| 下記の口座に振込をしてください。 |
| **【ゆうちょ銀行以外の金融機関】** |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　本店金庫・農協　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | 普通　　　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | ふりがな |
|  |
|  |
| **【ゆうちょ銀行】** |
| 通 帳 番 号 | ― | 通 帳 番 号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | ふりがな |
|  |

**予防接種費用助成交付金に関する申請及び請求の権限を**

**申請及び請求者に委任します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者(被接種者) | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  | 請求額 |
| 住所 |  |  | 円 |

|  |
| --- |
| 市処理欄 |
| 依頼書確認 | 済　 |
| 本人確認 | 済(　　　　　　　　　　) |
| 処理結果 | 承認・不承認（　　　/　　　） |

**【　接種者ご本人様が、請求できない(死亡)場合　】**

**誓約書に、代表相続人様の記入押印が必要です。**

 **裏面へ**

誓　約　書

柏 原 市 長　様

令和　　年　　月　　日

債権者**（接種者）**　　　　　　　　が、令和　　年　　月　　日に死亡し

たことにより、当該債権者の予防接種（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌）

費用の償還払申請及び請求及び受領に関し、相続人を代表し**（続柄）**

である私**（代表相続人）**　　　　　　　　　が行い、他の相続人と紛議が生じた

場合においても、相続者間で解決するものとし、私が一切の責任を負うこ

とを誓約いたします。

【　代表相続人　】

　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞