別紙様式（第８条関係）

大間町高齢者インフルエンザ予防接種費用給付申請書

　　年　　月　　日

大　間　町　長　　　殿

申請者

氏　名

　大間町高齢者インフルエンザ予防接種費用の給付を申請します。

※太枠内を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 住　　　所 | 大間町大字　　　　字　 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生まれ（　　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 予防接種日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 接種区分 | １．65歳以上の者２．60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者 |
| 町外医療機関で接種した理由 |  |
| 振込み先口座番号 | 　　　　　　　　　　銀　　行・信用金庫信用組合・信用漁連労働金庫 | 本店・支店支所・出張所 |
| 預金種別 | 普　通　・　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

〈添付書類〉領収書原本、接種済証または予診票の写し

〈申請期限〉接種日の属する年度の末日まで