

季節性高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症
予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 茨木市長

【記入の注意】●氏名は、3箇所全て同じ氏名を記入してください。●書き損じは、訂正印又は訂正署名が必要です。
●押印の場合は朱肉を使う印鑑をお願いします。

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日は記入せずにご持参ください。

申請日		年 月 日	
申請者 (予防接種を受けた者)	フリガナ	イバラキ タロウ	
	氏 名	茨木 太郎	
	※自署の場合は、押印不要		
住 所	〒567-0031 茨木市 春日三丁目13番5号		
	電話番号 072 - 625 - 6685		
季節性高齢者 インフルエンザ 予防接種	領収書に記載の医療機関等の 市区町村	大阪 都 道 大阪 市 区 町 村	
	補助上限額 (A)	接種費用 (B)	実費徴収金 (C) ※
	予防接種を受けた年月日		
	この欄は記入しないでください		
申請額 (D) (A)		インフルエンザと同じ市区町村の場合は✓を入れてください。 ※異なる場合は記入してください。	
左側に¥マークを記入してください。			
高齢者新型コロナ ウイルス感染症 予防接種	領収書に記載の医療機関等の 市区町村 (上記と同上 ✓)	都 道 府 県 市 区 町 村	
	補助上限額 (E)	接種費用 (F)	実費徴収金 (G) ※
	予防接種を受けた年月日		
	この欄は記入しないでください		
申請額 (H) (E)			
左側に¥マークを記入してください。			
合計申請額 (D) + (H)		この欄は記入しないでください	
左側に¥マークを記入してください。			

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

(振込申請者名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	フリガナ	イバラキ タロウ
	口座番号	左 0 1 2 3 4 5 6 詰 め	口座名義	茨木 太郎

申請者名義で現在の銀行・支店名をご記入ください

〔同意〕	
審査のため、予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。	
申請者 茨木 太郎	
※自署の場合は、押印不要	

※〔添付書類〕

- ・医療機関の発行する領収書等
- ・予防接種済証等

※〔注意事項〕

- ・上部の申請者・振込先口座・下部の申請者の3か所全て同じ氏名を記入してください。
- ・押印される際は、朱肉を使う印鑑で押印してください。

処 理 市 欄	予防接種時住民登録確認		確認	受付
	予防接種時年齢・接種歴確認			
	依頼書発行済確認			
	必要書類			
	照合処理			
	入力処理			
NO.				

※「申請者欄(氏名・フリガナ・生年月日・住所・電話番号)」、「同意欄」の記載を誤ってしまった場合は、必ず、「訂正印又は訂正自署」で訂正のうえ、修正してください。