

小野市肺炎球菌予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

小野市長様

申請（請求）者（接種を受けた者が18歳未満の場合は、保護者又は親権者）

住所						
氏名	⑩					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		
電話番号						

私は、小野市肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要領に基づき、肺炎球菌の予防接種に係る助成金の交付を受けたいので、医療機関が発行した領収書を添えて申請（請求）します。

なお、当該申請書は、市において助成金の交付を決定した後は、請求書として取り扱うことに同意します。

記

申請（請求）金額 _____ 円

【振込依頼口座】

金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	種別	口座番号					
		1 普通 2 当座						
支店名	支店 支所							
フリガナ								
口座名義人								

※以下の欄は、記入しないでください。

審査欄	障がい種別	腎臓機能障害	呼吸器機能障害	免疫機能障害
	障害者手帳番号	第	号	
審査		可	・	否
確認欄	助成額	添付書類		
	円	領収書	・	その他（ ）

裏面もご確認ください

誓 約 書

肺炎球菌の予防接種については、自己の責任において接種の判断をすることとし、当該接種に起因する健康被害については、自己の責任に帰属するものとし、小野市に対し何らの意義を申し立てることはありません。

署 名 _____