

様式第 8 号（第 7 条関係）

四條畷市高齢者肺炎球菌予防接種費用に係る還付金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者
住 所
氏 名
被接種者氏名
電話番号

次のとおり必要書類を添付の上、高齢者肺炎球菌予防接種費用に係る還付金の交付の申請及び請求をします。

なお、還付の際は下記口座へ振り込んでください。

請求金額	金 円		
振 込 み 先 銀行口座等	銀行		支店
	普通 当座	口座番号	
	口座名義（カタカナ）		

添付書類

予防接種済証又は当該予防接種の記録が記載された健康手帳、予診票の写し、
振込口座のわかるものの写し（通帳またはカードの写し）、当該予防接種に係る領収証

以下は記載しないでください。

予防接種の種類	高齢者肺炎球菌	(受付印) (確認者：)
接種医療機関名		
接種年月日	年 月 日	