

泉大津市新型コロナワクチン健康被害支援金支給申請書兼請求書

年 月 日

泉大津市長 様

申請者	住所
	氏名 (印)
	続柄 TEL

(未成年の場合の申請者は法定代理人となります)

泉大津市新型コロナワクチン健康被害支援金支給要綱第4条第1項に基づき、下記のとおり申請いたします。なお、別に申請している予防接種後健康被害救済制度による救済申請書類を市が利用することに同意します。

支給対象者	ふりがな		生年 月日	年 月 日生 (歳)		
	氏名					
	住所	〒 - 電話番号 ()				
申請金額	予防接種後健康被害救済制度に申請した医療費 (自己負担分)				円	
	予防接種後健康被害救済制度申請に要した文書費用				円	
	合 計				円	
請 求 額 (合計金額の3/4に相当する額。一円未満は切り捨て。)					円	
※支援金の振込先口座は「申請者」のものに限ります。異なる場合は委任状が必要です。						
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協		支店 出張所名	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人			
	口座番号				(左詰記入)	

- ※ 添付書類
- 救済申請書類一式 (医療費・医療手当領収書、受診証明書、領収書、接種済証、診療録)
 - 文書費用が確認できる領収書など
 - 振込先金融機関の通帳又はカードの写し

市記入欄

担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給

