

様式第1 (第4条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用一部助成申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者
住 所

氏 名 (続柄)

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、
下記のとおり申請します。

記

被接種者の氏名	生年月日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

同 意 書

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第2条に該当していることを
確認するため、住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名 _____

様式第2（第7条関係）

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用全額助成申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所

氏 名

（続柄 ）

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被接種者の氏名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

免除理由（以下の該当する記号を丸で囲む）

- ア 生活保護受給世帯に該当するため
- イ 市民税非課税世帯に該当するため
- ウ その他

同 意 書

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第2条及び第6条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名

様式第3 (第8条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成申請書 (受託医療機関以外)

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所

氏 名 (続柄)

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第8条第1項に基づき、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者 住 所	
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
接 種 医 療 機 関 名 住 所 電 話	
上 記 医 療 機 関 で 接 種 を 希 望 す る 理 由	
助 成 区 分	1 一部助成 2 全額助成 (市民税非課税・世帯生活保護受給世帯・その他)

添付書類：接種医療機関発行の領収書

接種済証等の接種したことが確認できる書類の写し

同 意 書

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第2条及び第6条 (全額助成対象者のみ) に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名 _____

様式第4 (第8条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成償還払申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所

氏 名

(続柄)

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被接種者の氏名 及び生年月日	医療機関での支払額	うち申請額 (助成額)
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
申 請 額 合 計		円

添付書類：接種医療機関発行の領収書

接種済証等の接種したことが確認できる書類の写し

様式第5（第8条関係）

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成償還払請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

請 求 者

住 所

氏 名

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第8条第4項の規定に基づき、
下記のとおり請求します。

請 求 金 額	金 円
---------	-----

上記請求金額を下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	預金種類	口 座 番 号	口 座 名 義
支店			フ リ ガ ナ

様式第6（第9条関係）

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券

交 付 年 月 日	年 月 日
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
助 成 額	
有 効 期 限	年 月 日

岩 倉 市 長



様式第7（第10条関係）

第 年 月 日
号 日

様

岩倉市長

印

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成償還払決定通知書

年 月 日付けで申請のありました高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成償還払については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

接 種 者 住 所		
被 接 種 者 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳 ）	
接 種 年 月 日	医療機関での支払額	償還払決定額
年 月 日	円	円

様式第8（第10条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長 印

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成償還払却下通知書

年 月 日付けで申請のありました高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成の償還払については、下記のとおり却下しましたので通知します。

却下の理由	
-------	--

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、岩倉市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分について不服があるときは、1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、岩倉市を被告として（訴訟において岩倉市を代表する者は、岩倉市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することもできます。ただし、前項の審査請求をしたときは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第9（第11条関係）

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種委託料請求書

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成事業実施要綱第11条の規定に基づき、
年 月分を下記のとおり関係書類を添えて請求します。

1 請求額 金 円

2 添付書類 岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種者数報告書
岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券

年 月 日

岩倉市長 殿

医療機関住所

医療機関名

医師名

振込先

金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号	口座名義
			フリガナ

岩倉市高齢者肺炎球菌ワクチン接種者数報告書

岩 倉 市 長 殿

医療機関住所

医 療 機 関 名

医 師 名

年 月分を下記のとおり実施しましたので報告します。

	接 種 日	氏 名	高齢者肺炎球菌ワクチン		請求金額 (消費税及び地方消費税含む)
			一 般 ()	自己負担なし ()	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
		計	件	件	円

※接種したワクチン欄に○印をつけてください。