

# 令和4年度白老町高齢者インフルエンザ接種費払い戻しのお知らせ

## 1. 対 象

白老町に住所があるが、町外の施設や病院に入所や入院している方で、下記①または②のどちらかに該当する方（通院のみの場合は対象外です）

- ① 65歳以上の方（接種日現在）
- ② 60歳以上64歳以下であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活行動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方（障害者手帳1級の方）

・対象接種期間 令和4年10月1日（土）から

## 2. 償 還

支払金額から、1,000円の自己負担を引いた額（上限2,241円）を口座振り込みにて支給

## 3. 申請方法

別紙申請用紙の必要箇所に記入押印し、領収書（原本）を添付してご提出ください。  
口座振込にて支給しますので、口座番号を正確にご記入ください。

※確認のため、振込先の通帳番号がわかる物・健康保険証等をご持参下さい。

## 4. 申請期間

令和4年10月3日（月）～令和5年3月31日（金）

## 5. 申請場所

いきいき4・6内健康福祉課健康推進グループ

※郵送にて申請される方は、下記宛先に送付して下さい。

申請用紙のほか領収書（原本）、健康保険証等（写し）、振込先通帳の口座番号と名義人のわかる部分（写し）を一緒にお送り下さい。

〒059-0904 白老町東町4丁目6番7号

いきいき4・6 健康福祉課 健康推進グループ 宛

問合せ先：白老町健康福祉課健康推進グループ 電話 0144-82-5541

※下記の委任状は、被接種者と口座名義人が異なる場合に必要です。

委 任 状

年 月 日

白老町会計管理者 様

被接種者

住 所

氏 名

印

私は、下記の者を代理人と定め、貴町から支払われる金員受領に関する一切の権限を委任します。

代理人

住 所

氏 名

印