

令和5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

接種日現在白老町に住民登録をしているが、町外の施設や病院に入所または入院しており、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

② 60歳以上65歳未満であって、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の障害を有する障害者手帳1級の方

・対象接種期間 令和5年10月2日（月）～令和6年3月29日（金）

2. 償 還

支払金額から、1,000円の自己負担を引いた額（上限2,300円）を口座振り込みにて支給

3. 申請方法

B類予防接種費償還払申請書の必要箇所に記入押印し、領収書（原本）を添付のうえ提出してください（返却が必要な場合、申請用紙の空いている箇所に返却必要の旨記載）。

口座振込にて支給しますので、口座番号を正確に記入してください。

※確認のため、振込先の通帳の写し（コピー）を持参または郵送してください。

4. 申請期間

令和5年10月2日（月）～令和6年3月29日（金）

5. 申請場所

いきいき4・6 健康福祉課健康推進グループ

※郵送にて申請される方は、下記宛先に必要書類を同封の上送付してください。

〒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

必要書類/「B類予防接種費償還払申請書」・「領収書（原本）」・
「振込先通帳の写し（コピー）」

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