

# 白老町高齢者肺炎球菌予防接種費助成のお知らせ (R5.4.3更新)

## 1 対 象

- ①令和5年度助成該当生年月日の方（※該当者には4月中にハガキ送付済）。
- ②60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓、呼吸器の機能に日常生活活動が極度に制限される程度の障害やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある方（障害者手帳1級相当）。

上記①または②に該当し、令和5年4月3日から令和6年3月29日までの期間中に、町外医療機関にて接種した方。

## 2 助成額及び支給方法

支払金額から3,000円の自己負担を引いた額（上限4,583円）を口座振込にて支給。

## 3 申請方法及び必要書類

- ①申請書（別紙の申請用紙に必要事項を記入の上押印して下さい。）
- ②領収書
- ③振込先の通帳
- ④健康保険証

## 4 申請期間 令和6年4月19日（金）

## 5 申請場所 いきいき4・6内 健康福祉課

※郵送にて申請される方は、**申請用紙、領収書(原本)と健康保険証(写し)と振込先通帳の写し(口座番号と名義人のわかる部分)**を下記宛先までご送付下さい。

### 【送付・問合せ先】

〒059-0904 白老町東町4丁目6番7号  
総合保健福祉センターいきいき4・6  
健康福祉課健康推進グループ  
電話：0144-82-5541

## 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。

記

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※この委任状は、被接種者と口座名義人が異なる場合に必要です。