

鯖江市成人風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

鯖江市長 殿

申請者(予防接種を受けた方)

住 所 鯖江市 _____
 氏 名 _____ (自署)
 電話番号 _____

鯖江市成人風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり風しん予防接種費の助成を申請(請求)します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、接種した医療機関等に問い合わせることに同意します。

フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
被接種者氏名						
住 所	〒 - (電話番号) _____ 鯖江市					
該当内容 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 1 今後妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠している女性の夫 (妊婦の氏名 _____) <input type="checkbox"/> 3 妊婦に風しんの抗体がないと判断された同居の家族 (妊婦の氏名 _____ 続柄 _____、風しん抗体 : _____)					
予防接種種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン (助成限度額 3,000円) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン (助成限度額 5,000円)					
接種医療機関名		接 種 日	令和	年	月	日
接 種 費	円	申請額(請求額)				円
		(この欄は記入しない)				

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協 ()				本店 支店 出張所			
預金種別	普通・当座	店番号			口座番号			
フリガナ								
口座名義								

- 必要書類 領収書原本 (被接種者名・ワクチン名・接種日・料金の記載があるもの)
 振込先の通帳の写し (申請者名義で振込口座の分かる部分の写し)
 母子健康手帳 (上記該当内容が2または3の人の場合)