

山武市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 山武市長

申請・請求者 住所
氏名 印
電話番号

山武市風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

なお、この申請内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせをすることに同意いたします。

記

フリガナ				住 所	(申請者と異なる場合ご記入ください)
被接種者氏名					
生年月日 (接種日年齢)	年	月	日 (歳)		
抗体検査実施日	年	月	日	抗体検査実施 医療機関名	
予防接種年月日	年	月	日	接種医療機関名	
ワクチンの種類 (助成限度額)	<input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん混合) ワクチン (5,000円) <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン (3,000円)				
請求額	円				

※ ワクチンの種類は、該当する方に✓をつけてください。

※ 助成対象となるのは、MRワクチン・風しんワクチンのどちらか一方となります。

振 込 口 座	金融機関名	銀行／農協／信金 ／信組／金庫	支店名	支店／支所／本店
	預金種別	普通 / 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

- 風しん抗体検査の本人検査結果の写し
- ワクチン接種に係る領収書の原本
- 接種内容 (ワクチンの種類)、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類 (予診票、接種証明書等。ただし、(2)で確認できる場合は不要です。)
- 振込先の金融機関名及び口座が確認できる通帳等の写し
- 委任状 (申請者が被接種者と異なる場合のみ)

市確認欄	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> 領収書原本	<input type="checkbox"/> 接種済確認書類	<input type="checkbox"/> 通帳写し等	<input type="checkbox"/> 委任状
------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------