

請求書の日付は、健康課（保健センター）に提出する日をご記入ください。

日進市風しんワクチン予防接種費助成金交付書

年 月 日

日進市長 あて

申請者と被接種者は同じ人となります。

申請者住所 日進市〇〇町〇〇

氏名 日進 花子

電話番号 0561 (ΔΔ) × × × ×

私は、次のとおり風しんワクチン予防接種を受けたので、領収証を添えて助成金を申請します。また、助成金の申請に当たり、日進市が保有する情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

対象者確認	<input checked="" type="checkbox"/> 接種日当日、日進市の住民基本台帳に記録があります。 <input checked="" type="checkbox"/> 今までに風しんにかかったことはありません。 <input checked="" type="checkbox"/> 風しんに対する免疫が不十分と判断されました。 <input checked="" type="checkbox"/> 過去に日進市風しんワクチン予防接種費助成を受けたことがありません。
-------	---

対象区分 (該当を○で囲む)	1 妊娠を希望する女性(出産経験がない) 2 妊娠を希望する女性(出産経験がある) 3 対象区分1の配偶者又は事実上婚姻関係にある男性 4 対象区分2の配偶者又は事実上婚姻関係にある男性 5 妊婦の配偶者又は事実上婚姻関係にある男性 6 対象区分1の同居(同じ住所)の者 7 対象区分2の同居(同じ住所)の者 8 妊婦の同居(同じ住所)の者 ※3~8に該当する場合は女性の氏名及 (氏名： 生 9 3~8に該当しない30歳から59歳までの
-------------------	---

上限5,000円を助成します。

※生活保護世帯の人は病院でお支払いした金額を記入してください。
※金額の訂正は認められません。
申請書を書き直してください。

被接種者氏名	日進 花子	生年月日 (年齢)	成〇年 Δ月 Δ日 ××歳
医療機関名	〇〇クリニック	接種年月日	令和〇年 Δ月 Δ日
予防接種種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン		
請求金額	金 5,000 円		
振込先 金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫 農業協同組合	ΔΔ 支店	
口座番号	No. 12345678	ふりがな	にしん たろう
口座種類	普通 当座	口座名義人	日進 太郎 (被接種者との続柄 夫)

※振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、この振込先は原則申請者本人となります。

申請者以外の口座にする場合には、下欄の委任状に記入をしてください。

申請者(委任者)氏名 日進 花子

委任状

私は、上記助成金の受領に関することを以下の者に委任します。

受任者 住所 日進市〇〇町〇〇

氏名 日進 太郎 (申請者との続柄 夫)

- 添付書類
- 1 接種を証明できる領収証(接種者氏名、接種年月日、予防接種名、金額、医療機関名・印の記載されたもの)
 - 2 風しんに対する免疫が不十分と証明できる結果票等
 - 3 対象区分5又は8に該当する場合は妊娠していることが分かる書類(母子健康手帳の写し等)
 - 4 生活保護世帯受給証明書(生活保護世帯の方のみ)