

日進市風しんワクチン予防接種費助成金交付申請・請求書

年 月 日

日進市長 あて

申請者住所

氏名

電話番号 ( )

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 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 type="checkbox"/> 今までに風しんにかかったことはありません。 <input type="checkbox"/> 風しんに対する免疫が不十分と判断されました。 <input 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び生年月日 (氏名： 生年月日： 年 月 日) 9 3～8に該当しない30歳から59歳までの男性(定期接種対象者は対象外)		
被接種者氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 歳
医療機関名		接種年月日	年 月 日
予防接種種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン		
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		支店
口座番号	No.	ふりがな	
口座種類	普通 当座	口座名義人	(被接種者との続柄 )

※振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状
申請者(委任者)氏名 _____ 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 _____ 氏名 _____ (申請者との続柄 _____)

- 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)