

十日町市風しん予防接種費用助成（償還払い）申請書兼請求書

年 月 日

十日町市長 様

下記のとおり風しん予防接種を受けましたので、接種費用の助成を申請します。
 ※申請内容の確認に当たり、住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は
 接種医療機関に問い合わせることに同意します。

予 防 接 種 の 種 類		<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン (4,000円) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (6,000円)	
申 請 者 (被 接 種 者)	住 所	〒 十日町市	
	昼間の連絡先	TEL	
	ふ り が な		
	氏 名	Ⓜ (男 ・ 女)	
	生 年 月 日	S・H 年 月 日生 (満 歳)	
該 当 内 容	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者等の同居者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い又は陰性の妊婦の配偶者等の同居者		
接 種 状 況	医 療 機 関	所 在 地	
		名 称	
	接 種 日	年 月 日	
接 種 費 用	円		
助 成 申 請 額	円		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・組合・金庫・農協 本店・支店	
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	ふ り が な		
	口 座 名 義 人		
助 成 決 定 額	※ この欄は記入しないでください。 円		

添付書類等

- 予防接種の内容が確認できる医療機関発行の領収書
- 医療機関発行の抗体検査結果を証明するもの
- 振込口座の通帳の写し
- ※下記2点は、申請者が妊婦の配偶者等の同居者の場合のみ必要
- 母子健康手帳の写し
- 医療機関発行の抗体検査結果を証明するもの（妊婦のもの）

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印してください。

【委任状】私は、上記口座名義人に、風しん予防接種費用助成金の受取を委任します。			
年	月	日	
		氏名	Ⓜ
上記の委任事項について承諾します。			
受任者住所		氏名	Ⓜ