

年 月 日

浅口市長様

風しん予防接種費用助成の給付を受けたいので、書類を添えて申請します。

なお助成対象者であることを確認するため、浅口市が住民基本台帳を閲覧すること及び、医療機関へ確認することに同意します。（※申請者は被接種者本人か成年後見人の方となります。）

申請者 (被接種者又は 成年後見人)	住 所	〒 ー		
	氏 名	被接種者との続柄（本人・成年後見人）	電話番号	() ー
被接種者	住 所	(申請者本人の場合は省略可)		
	フリガナ	生年月日	昭和・平成	
	氏 名		年 月 日 (平成7年4月1日以前が対象)	

【振込先】

金融機関	銀行 信用金庫 店 支店 信用組合 農業協同組合 出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		

【委任欄】※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。

私は、上記の口座名義人に、風しん予防接種費用助成金受領の権限を委任します。

年 月 日

申請者氏名

印

対象確認	① 妊娠を希望する女性 ② ①の同居者 ③ 風しん抗体価が十分でない妊婦の同居者
------	--

【添付書類】

※領収書（原本）：被接種者の氏名、領収額、接種日および領収日が記載されていて、風しん（麻しん風しん混合）の予防接種料金であることが記載されているもの。（記載がないものは、明細書を添付。）

※風しん抗体価がわかるもの：抗体検査の結果通知、妊婦健診の記録等（接種日前1年以内のもの）で、検査医療機関、検査方法が記載されているものの写し（③の場合は、妊娠されている方の抗体価がわかるもの）

浅口市記入欄（この欄は記入しないでください）

住民基本台帳確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(受付欄)
決定欄	審査結果	支給 ・ 不支給	