

浅口市風しん予防接種費用助成金償還給付申請書

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 <small>(被接種者又は成年後見人)</small>	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	年 月 日
	氏名			

【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

対象確認	① 妊娠を希望する女性 ②①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	