

裾野市風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン接種費用助成申請書

裾野市長 様 令和 年 月 日

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号
被接種者との関係()

私は、裾野市風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン接種費用助成要綱第2条に該当し、ワクチン接種を受けたので、同要綱第5条の規定により申請します。また、支給要件該当の有無を確認するために必要な情報について市長が公簿等により確認することに同意します。

対象区分	1. 妊娠している女性の同居家族		2. 妊娠を希望する女性						
(フリガナ)									
接種を受けた方の氏名	生年月日		昭和 年 月 日 平成						
住 所			電話番号(— —)						
接種ワクチン名	風しん・MR(麻しん・風しん混合)		接種医療機関名						
接種日	令和 年 月 日								
振 込 先	金融機関名及び店名	銀 行 信 協 農 金 労 組 信	本店 支店						
	口座の種類	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

委任状(申請者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は必要ありません)

本申請の裾野市風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。
令和 年 月 日

裾野市会計管理者 様 申請者 ⑩

※添付書類

- ①接種を受けた医療機関が発行する領収書
- ②接種済証、その他ワクチン接種をしたことが確認できる書類
- ③風しん抗体検査の検査結果又はその写し
- ④運転免許証、健康保険証等本人が確認できるもの及び母子健康手帳(妊婦の同居家族)
- ⑤通帳またはキャッシュカード(振込先金融機関、支店、口座番号、口座名義のわかるもの)
- ⑥医療機関にて記入した予診票の写し

《裾野市記入欄》※ここには何も記入しないでください。

支給決定額	円
-------	---