

大野城市風しん任意予防接種助成金交付申請（請求）書

令和 年 月 日

大野城市長 様

次のとおり、風しんに係る予防ワクチン接種を受け、その費用を支払いましたので、大野城市風しん任意予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて接種費用の助成を申請します。

なお、対象者は、この申請内容の審査のため必要な範囲において、関係医療機関が保有する被接種者の個人情報その他の必要な情報について、市が調査、確認等を行うことに同意します。

申請区分（いずれかの番号を○で囲んでください。）				
1	妊娠希望者			
2	妊娠希望者の配偶者※	3	妊婦の配偶者※	（配偶者：事実上婚姻関係と同様の事情にある人を含む。）
4	妊娠希望者の同居人※	5	妊婦の同居人※	（同居人：生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

抗体検査の結果、抗体が低いことが判明している人に限ります。

※申請区分2～5は、妊娠希望者又は妊婦が、抗体検査の結果、十分な量の抗体があることが判明している場合は対象としません。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名		印	生年月日 年 月 日
	住所			
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が対象者と同じの場合は、対象者の欄の記入は不要				
対象者	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			申請者との続柄 ()
接種医療機関名	☎ ()	接種日	年 月 日	
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）ワクチン			
支払った金額	円	助成金額 (限度額10,000円)	円	
振込先口座 ※申請者の 口座を記入	金融機関名	銀行		本店 支店
	預金種別	普通・当座 ※○で囲んでください		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

（添付書類等）

- ①領収書又はその写し
- ②当該予防接種を受けた者の氏名、接種日、接種したワクチンの種類等が確認できるもの
- ③風しんに係る抗体検査の結果、抗体価が低いことが確認できるもの
- ④妊娠希望者又は妊婦が風しんに係る抗体検査を受けているときは、その結果を確認できる書面 ※申請区分2～5に該当する方のみ
- ⑤申請者及び対象者（申請者と異なる場合に限る。）の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日
申請者氏名