

三郷市風しん予防接種費用助成金交付申請書

三 郷 市 長 あて

現 住 所
申 請 者 ㊞
電話番号

三郷市任意予防接種費用助成金を下記のとおり申請します。
助成金の交付が決定された際は、下記の口座へ振込みをしてください。
なお、この助成金の交付決定にあたり、審査に必要な情報(住民基本台帳、予防接種の実施状況等)について、関係機関等に確認することについて同意します。

いずれかに○をしてください。

	(1) 妊娠を予定し、又は希望している16歳以上50歳未満の女性
	(2) (1)に該当する女性の夫又は同居者
	(3) 妊婦の夫又は同居者

被接種者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	三郷市	性別	
妊 婦 氏 名 (妊婦の夫又は妊婦の同居者の場合のみ記入してください)				
医 療 機 関 名				
種 別		麻しん風しん混合 ・ 風しん (どちらかに○をつけてください。)		
接 種 日		接 種 費 用	助 成 の 上 限 額	申 請 額
年 月 日		円	風しん 3,000 円 麻しん風しん混合 5,000 円	円

助成金の振込先 (記入欄に誤りがあると振込ができませんので注意して記入してください)

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店
口 座 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
口 座 名 義	フリガナ		

※申請者の氏名を自署により、署名いただいた場合は押印不要です。

※下記の欄には記入しないでください。

受付日	確認欄	受付者
	☐ 領収書等の原本 【宛名・日付・発行機関・金額の確認】 ☐ 接種済証等の写し 【接種者・接種日・ワクチンの確認】 ☐ 抗体検査結果の写し 【検査者・検査日・抗体価の確認】 ☐ 母子健康手帳の写し 【妊婦の夫又は妊婦の同居者のみ】 ☐ 申請者の本人確認書類	
		支払 決定日