

# 【記入例】

## 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

※ 申請者は口座名義と同一もしくは、同一世帯の範囲内まで可能です。  
 ※ 申請者欄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。

**申請者欄及び申請額の欄は訂正印での訂正はできませんので注意して記入してください。**  
 他の欄は訂正印での訂正ができます。

現住所 \_\_\_\_\_

申請者 **※訂正不可** (印)

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	<b>※訂正不可</b> 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 <b>※口座名義人は申請者と同一、もしくは同一世帯の範囲内まで可能です。</b>		

※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。