

草加市風しん任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

草加市長

あて

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
電話番号



私は、過去に風しんにかかったことがなく、これまで風しんのワクチン接種を受けたことがありませんので、草加市風しん任意予防接種助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請(請求)します。なお、申請(請求)の内容について、市が保有する個人情報を閲覧すること及び必要に応じて医療機関へ問い合わせることに同意します。

1 予防接種を受けた人(申請者(請求者))

フリガナ 氏 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日(接種日現在)	歳	
対象者区分(※) <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望又は予定している女性(満16歳～49歳以下) <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者(満18歳～) (妊婦氏名) <input type="checkbox"/> 妊婦の同居人(満18歳～) (妊婦氏名)		

※ 接種日現在、草加市に住民登録があり、過去に風しんにかかったことがなく、これまでに風しん単独、麻しん風しん混合、麻しんおたふくかぜ風しん混合ワクチンの接種を受けたことがない方が対象です。

2 接種の内容、請求金額

医療機関名			
接種ワクチン <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 費 用	円	請 求 額	円

※ 請求額は、接種費用が3,000円以下の場合はその費用額、3,000円以上の場合3,000円となります。

3 振込先

金融機関名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	フリガナ	
口座番号	口座名義人		

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記名・押印の上、申請者(請求者)本人が確認できる証明書(免許証、保険証の写し等)を添付してください。

私は、上記口座名義人_____に、草加市風しん任意予防接種助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 申請者(請求者)氏名
--

注 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- 1 予防接種に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(接種をした医療機関の名称及び当該接種の日が明記された領収書原本等)
- 2 接種をしたことを証明できるもの(予防接種済証又は予診票の控え等)
- 3 申請者が妊婦の配偶者の場合は、母子手帳の保護者欄と出産予定日の記載ページの写し等
- 4 申請者が妊婦の同居人の場合は、母子手帳の保護者欄と出産予定日の記載ページの写しに加え、妊婦と同居していることが確認できる書類(免許証、保険証等)の写し