

記入見本

様式（第4条関係）

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（請求者）は、
接種を受けた本人です。

申請者 住 所 草加市高砂1-1-1
(請求者) 氏 名 草加 太郎
電話番号 XXX-XXXX

印

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。

(捺印)

印

申請日の年齢ではなく、接種日
で年齢を記入して下さい。

1 予防接種を受けた人（申請者（請求者））

フリガナ 氏 名	ソウカ タロウ 草加 太郎	性 別	男・女
生 年 月 日	〇〇××年 ×月 ×日 (接種日現在 ×× 歳)		
対象者区分(※) ☑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 checked="" type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 (満18歳～) (妊婦氏名 草加 花子) <input type="checkbox"/> 妊婦の同居人 (満18歳～) (妊婦氏名)		

※ 接種日現在、草加市に住居登録があり、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	〇〇 医院(クリニック)		
接種ワクチン ☑してください	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input checked="" 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	10,000 円	請 求 額	3,000 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 ← 記入誤りがあると、振り込み手続きに時間がかかりますのでご注意ください。

金融機関名称	草加	銀行 信用金庫 信用組合 農協	草加	本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座	フリガナ	ソウカ ハナコ	
口座番号	1234567	口座名義人	草加 花子	

※ 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 草加 花子 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 草加 太郎

印

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
- 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

申請者と口座名義人が異なる
場合(例:妻の接種費用を夫
の口座に振り込む場合)、委
任欄をお書きの上、申請者の
免許証等の写しを同時に提出
してください。

医療機関が発行した書類に、被接種者・接種日・予防接種の種類・接種費用が記載してあることを確認してください。また、母子健康手帳は保護者名・分娩予定日を記入してください。添付書類がわからない場合は、保健センターへお尋ねください。

同一の印鑑(朱肉を使用するもの)により押印してください。