

鯖江市成人風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和〇年 5月 10日

鯖江市長 殿

申請者と被接種者は
同一の方とします。

申請者(予防接種を受けた方)

住所 鯖江市 水落町2丁目30-1

氏名 健康花子

自署

電話番号 0778-52-1138

日中、連絡がとれる番号を書
いてください。(携帯可)

鯖江市成人風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり風しん予防接種費の助成を申請(請求)します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、接種した医療機関等に問い合わせることに同意します。

フリガナ	ケンコウ ハナコ	昭和	抗体検査の結果等を 確認し、記入してくだ さい。
被接種者氏名	健康花子	生年月日 平成	
住所	〒916-0022 (電話番号 0778-52-1138) 鯖江市 水落町2丁目30-1		
該当内容 (□にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 今後妊娠を希望している女性で風しんの抗体価が低い者	風しんの抗体検査の結果	
	<input type="checkbox"/> 2 風しんの抗体価が低いと判定された妊婦と同居しており、かつ、自身の風しんの抗体価が低い者 (妊婦の氏名 _____ 続柄 _____)	検査方法:	法
		抗体価	単位 倍・FIA・IU/ml ・その他()
予防接種種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン (助成限度額 3,000円) <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン (助成限度額 5,000円)		
接種医療機関名	あいあいクリニック	接種日	令和〇年 5月 7日
接種費	10,000 円	申請額(請求額) (この欄は記入しない)	円

振込先 金融機関名	さばえ (銀行) 信用金庫 農協 ()	けんこう 本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	店番号
フリガナ	ケンコウ ハナコ	口座番号
口座名義	健康花子	

- 必要書類 □ 領収書 □ 申請者名・ワクチン名・接種日・料金の
□ 振込先(口座名義) □ 振込口座の分かる部
□ 母子健康手帳(上記記載が分かる場合)
□ 風しんの抗体価が低いと確認できるもの

口座名義人は、申請者本人

誤記載があると、助成金が
振り込めません。正確に記
入してください。