

様式1 (第4条関係)

碧南市風しんワクチン接種費用助成申請書(請求書)

平成 年 月 日

碧南市長 様

金額		円
----	--	---

申請者 住 所 碧南市_____

氏 名 _____印

(続柄: _____)

電話番号 _____(_____)_____

下記のとおり、風しんワクチン予防接種を受けたので、碧南市風しんワクチン接種費助成事業実施規程第4条の規定により申請します。

1 被接種名等

ふりがな 被接種者氏名			住 所	碧南市	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		接種に要した費用	円	
接種年月日	平成 年 月 日 (接種当日 満 歳)				
接種対象区分 (該当する番号に ○をつける)	世帯 区分	1 一般 2 市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯			
	対 象 者	ア. 妊娠を予定、または希望している女性 (平成29年度愛知県風しん抗体検査事業対象者) イ. 妊娠を予定、または希望しているア以外の女性 ウ. 妊娠を予定、又は希望する女性の夫と妊婦の夫 (妻の氏名: _____)			
風しん抗体価	HI 法 倍 EIA 法	接種ワクチンの種類 (該当する番号に○をつける)	1. 風しんワクチン 2. MR (麻しん風しん混合) ワクチン		

2 振込先

振 込 先	金 融 機 関	銀行・組合 本店 信用金庫 支店・支所		
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	_____		

添付書類：風しん抗体検査の結果がわかる書類、接種医療機関発行の領収書(原本)及び被接種者氏名、予防接種名、接種日のわかる書類 (原本)

この申請内容の審査のため碧南市の保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることを承諾します。

自署 _____印

※ 事務処理欄 (以下は記入しないでください)

(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	決定金額	円
-------------------	-------	------	---

碧南市風しんワクチン接種費用助成申請書(請求書)

平成 年 月 日

碧南市長 様

※日付は記入しないで下さい。

金額		円
----	--	---

※金額は記入しないでください。

○申請に使う印鑑はスタンプ式は不可です

○申請者は、被接種者が未成年の場合、保護者が申請者となります。
○申請者は被接種者と異なってもよい。(代理申請可能)

申請者 住所 碧南市 天王町1-70

氏名 碧南 花子 碧南

(続柄: 本人)

電話番号 0566(48)3751

下記のとおり、風しんワクチン予防接種を受けたので、碧南市風しんワクチン接種費用助成事業実施規程第4条の規定により申請します。

予防接種にかかった費用
(領収書に記載の額)

1 被接種名等

ふりがな 被接種者氏名	へきなん はなこ 碧南 花子	住所	碧南市 天王町1-70
生年月日	昭和・平成 3年 6月 11日	接種に要した費用	9,500円
接種年月日	平成 28年 7月 11日 (接種当日 満 25 歳)		
接種対象区分 (該当する番号に○をつける)	世帯区分	1 一般 2 市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯	
	対象者	ア. 妊娠を予定、または希望している女性 (平成29年度愛知県風しん抗体検査事業対象者) イ. 妊娠を予定、または希望しているア以外の女性 ウ. 妊娠を予定、又は希望する女性の夫と妊婦の夫(妻の氏名:)	
風しん抗体価	HI法 8倍 EIA法	接種ワクチンの種類 (該当する番号に○をつける)	1. 風しんワクチン 2. MR (麻しん風しん混合) ワクチン

接種日がわかる書類から転記

抗体検査の結果表を確認し記載して下さい。結果表もご持参ください。

2 振込先

振込先	金融機関	三菱東京UFJ 銀行・組合 本店 信用金庫 碧南 支店・支所		
	種別	普通・当座	口座番号	1234567
	(フリガナ) 口座名義人	ヘキナン ハナコ 碧南 花子		

申請者と同じ名義人の口座をご記入ください。

添付書類: 風しん抗体検査の結果がわかる書類、接種医療機関発行の領収書(原本)及び被接種者氏名、予防接種名、接種日のわかる書類(原本)

この申請内容の審査のため碧南市の保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることを承諾します。

自署

自署は、被接種者本人です。但し、被接種者が未成年の場合、保護者の方の署名をお願いします。

印