

上越市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 年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電話番号 _____
 接種希望者との続柄 _____

次のとおり関係書類を添えて、風しんワクチン接種費用助成金の交付を申請します。

被接種者	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	住所	※申請者と同一の場合は記入不要			
	対象区分 ☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> ①妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> ②陰性等である妊娠を希望する女性の夫及び同居者 <input type="checkbox"/> ③陰性等である妊婦の夫及び同居者			
生活保護	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当				
接種状況	接種日	年 月 日	医療機関名		
	接種費用	円	接種ワクチン	<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	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

備考

- 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。異なる場合は、委任状が必要です。
- 申請書に次の書類を添付して提出してください。
 - 領収書の原本
 - 予診票の控えや接種証明書など、接種日、接種ワクチン、医療機関名が分かるものの写し
 - 被接種者本人の風しん抗体価を証明できる書類
 - 被接種者の対象区分が②又は③の場合は、女性の風しん抗体価を証明できる書類
 - 被接種者が生活保護世帯の場合は、被保護者証明書