

東近江市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東近江市長 様

東近江市風しん予防接種費用助成金交付要綱第4条に基づき、助成金を交付されるよう申請します。助成金は、以下の振込先口座に振り込んでください。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり必要な限度で、所管職員が東近江市の保有する私の個人情報について確認すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請者 (被接種者)	フリガナ 氏 名	印	生年月日 年 月 日
	住 所 〒 東近江市		電話番号
対象区分	① 妊娠を希望する女性 ② 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者など同居している人		
接種日	年 月 日	接種医療機関名	
ワクチンの種類	① 風しん ② 麻しん風しん混合ワクチン		

予防接種費用	[ 円]	×	1/2	=	[ 円]	上限7,000円
※生活保護世帯の人 予防接種費用	[ 円]	×	全額	=	[ 円]	
交付請求額	円 1円未満切捨て					

振込先	金融機関		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

- ※振込先の確認ができるものを持参してください（通帳など）。
- ※申請者と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したとみなします。
- ※申請は、1人につき1回までです。

【市確認欄】

<input type="checkbox"/> 接種日における住民登録	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯については受給確認 (確認者 )
添付書類の確認 <input type="checkbox"/> 滋賀県風しん抗体検査結果書の写し <input type="checkbox"/> 領収書の写し (被接種者名、ワクチン名、接種日及び接種費用が分かるもの) <input type="checkbox"/> 予防接種済証の写し (※領収書にワクチン名又は接種日の記載がない場合)	受付者