

様式第1号(第5条関係)

野洲市成人風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

野洲市長 様

私は、野洲市成人の風しん予防接種費用助成事業実施要綱第2条第 号に該当しますので、同要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて、風しん予防接種費用助成金の交付を申請します。

交付助成金は、下記の口座に振り込んでください。

なお、申請内容を確認するために、市の担当者が市の保有する個人情報を開覧し、及び調査すること、並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

年 月 日

申請者 氏名 _____
(予防接種をした方) 住所 _____
名前 _____ 印 _____
昼間の連絡先: 電話 _____

記

(市記入欄)

申請額 _____ 円 (助成金の上限額 7,000円)

予防接種をした方

フリガナ		妊婦との 続柄	
名前			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		

妊婦又は妊娠を希望する女性の名	(本人が予防接種を受けた場合は不要)
接種年月日	年 月 日
医療機関名	

振込先金融機関

金融機関名 () 銀行・信用金庫・農業協同組合 ()	本店 支店 出張所
口座番号 普通・当座 (No.)	
フリガナ	
(姓) (名)	
口座名義人 _____	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印してください。

私は、上記口座名義に 風しん予防接種助成金の受け取りを委任します。
年 月 日
申請者名前 _____ 印 _____

市使用欄

住基	同世帯確認 (妊婦家族の場合)	母子健康手帳(写)	No.	受付
		抗体検査書類		
		領収書(原本)		