

彦根市長 様

申請者(請求者)
住 所 〒

氏 名

電 話

彦根市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

彦根市風しん予防接種費用助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

また、上記の助成金の交付の決定を受けたときは、その交付を請求しますので、この書面に記載している振込先に振り込んでください。

なお、この申請に基づく交付の決定に当たり、彦根市が保有する私の個人情報について閲覧することおよび医療機関等に必要な事項について問い合わせることに同意します。

申請額兼請求額						円
---------	--	--	--	--	--	---

※1円未満切捨て

該当するものに○をしてください。

助成区分	1 生活保護受給世帯に属する者・・・10,000円を上限として接種費用の全額を助成します。 2 上記に該当しない者・・・5,000円を上限として接種費用の半額を助成します。
------	---

被接種者 (接種を受けた人)	ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日
	住所 〒	電話番号
	接種日および接種ワクチンの種別 年 月 日 ・風しんワクチン いくれかに ・麻しん風しん混合ワクチン ○をしてください。	接種を受けた医療機関名
対象区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者その他の同居人	

振込先

振込金融機関		支 店 名	
預 金 種 別	いくれかに○をしてください。 普通 ・ 当 座	口 座 番 号	
ふ り が な			
口 座 名 義 人			

※ 申出人と口座名義人とが異なる場合 上記口座名義人に領収を委任します。
(委任する場合は、チェックしてください。)

※ 申請は、1人につき1回までです。

[市確認欄]

住民登録 (接種日において)	宛名番号 7桁	添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書(写し) <input type="checkbox"/> 県の風しん抗体検査申込(問診)票(写し) <input type="checkbox"/> その他(受給者証の確認)	受付者
-------------------	---------	--	-----