

第1号様式（第4条第1項）

大網白里市妊娠希望女性等風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大網白里市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

大網白里市妊娠希望女性等風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

助 成 対 象 者	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日		
抗体検査年月日		年 月 日	ワクチン接種年月日	年 月 日
生活保護受給状況		受給している ・ 受給していない		
ワクチンの種類（A）		☐ 風しんワクチン（上限額：3,000円） ☐ 麻しん風しん混合ワクチン（上限額：5,000円）		
接種に要した費用（B）		円		
請求額		円 ※（A）と（B）の金額を比較して低い金額を記入		
振 込 先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			
（同意欄） 助成金の交付の申請に当たり、住民基本台帳の記録及び生活保護受給状況について、市が保有する情報で確認することに同意します。 申請者氏名				

受付確認欄（記入不要）

添付書類

- 1 風しん抗体検査の結果を確認できる書類 結果通知書・その他（ ）
- 2 接種費用を確認できる書類 領収書・その他（ ）
- 3 ワクチン接種及び接種日を確認できる書類 予診票・その他（ ）
- 4 助成対象者の住民票の写し
- 5 委任状（本人確認： ）
- 6 被保護者であることを証する書類

