

大人の風しん予防接種費用助成申請書

阿波市長 様

年 月 日

下記のとおり、大人の風しん予防接種費用の助成を申請します。

| | | | |
|--------------------|--|------|-------|
| フリガナ | | 被接種者 | |
| 申請者 | ⑨ | との続柄 | |
| フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 |
| 被接種者 | | | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 阿波市 (電話番号 - -) | | |
| 接種対象者 (□にチェック) | 風しんウイルス抗体検査を受けた結果が陰性だった方であり、 <input type="checkbox"/> (1) 予防接種実施日に18歳以上57歳以下の方 <input type="checkbox"/> (2) 平成25年4月以降に妊娠届出のあった妊婦で、出産後6ヶ月以内の方 | | |
| 予防接種種類 (□にチェック) | <input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン | | |
| 接種医療機関 | | | |
| 接 種 日 | 年 月 日 | 助成金額 | 円 |

振込先

| | | | | | | | | |
|-------|----------------|------|----------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行 農協 金庫 | | 本店・支店 本所・支所 | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | |

必要書類

- 領収書の原本（風しんの予防接種が特定できるもの）
- 接種対象者(1)は、風しん抗体検査の結果が分かるもの
- 接種対象者(2)は、母子健康手帳の写し（風しん抗体検査の結果欄）
- 生活保護受給者の方は、生活保護受給証明書
- 委任状※代理申請を希望する場合
- 振込先の預・貯金通帳の写し（振込口座が分かる部分の写し）

受付年月日

| |
|--|
| |
|--|