

米原市長様

申請者 (請求者)  
住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

米原市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

米原市風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請し、請求します。  
私が受領する助成金は、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、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり、米原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。

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

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：接種費用の全額を助成 2 上記1に該当しない者：接種費用の7割の額とし、7,000円を上限として助成
------	---

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 いずれかに✓をしてください。 <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"/> 妊娠を希望する女性の配偶者またはその女性と同居する者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者またはその妊婦と同居する者	

振込先

金融機関		支店名	
預金種別	いずれかに○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ものとみなします。
- ※ 助成金の交付は、助成対象者1人につき1回です。

受付場所	<input type="checkbox"/> 本庁舎健康づくり課 <input type="checkbox"/> 山東支所 <input type="checkbox"/> 近江市民自治センター <input type="checkbox"/> 伊吹市民自治センター <input type="checkbox"/> ( ) 行政サービスセンター		
確認欄	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 左に該当しない世帯	確認者	