

様式第1号（第4条関係）

風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美馬市長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話

美馬市風しん予防接種費用助成要領第4条の規定により、次のとおり申請し、請求します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認が必要な場合には接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

1 交付申請

被 接 種 者	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日
	住所	美馬市	電話番号	
	区分	1. 妊娠を希望する又は妊娠する可能性の高い女性 2. 昭和37年4月2日から平成2年4月1日までに生まれた男性		
接種日（接種日現在の年齢）		年 月 日（ 歳）		
接種日時点の住所		（現住所と異なる場合にご記入ください。）		
接種を受けた医療機関名				
接種したワクチンの種類		風しん単抗原ワクチン・麻しん風しん混合ワクチン		
接種に要した費用		円		

(1) 添付書類

- ・医療機関が発行した領収書の写し
- ・風しんウイルス抗体検査（陰性）の写し
- ・予防接種を受けたことがわかるもの（接種済証等）
（被接種者氏名、ワクチン名、接種年月日が記載されていること）

2 請求金額及び振込先

請求金額		円	
金融機関	銀行・金庫・農協		支店
預金種目	当座・普通	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

委任状

年 月 日

美馬市長 様

【委任者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

私は、風しん予防接種費用に関する助成金の受領についての権限を
次の者に委任いたします。

【受任者】

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____