

八幡市予防接種（風しん）費用助成申請（請求）書

令和 年 月 日

八幡市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

予防接種（風しん）を接種しましたので、下記のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合は、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関等に確認することに同意します。

被接種者氏名				生年月日		年 月 日								
住所														
申請理由		いずれかに✓をし、2の場合は、()内をご記入ください。 ☐ 1. 妊娠を希望する女性で風しんの抗体価が低いもの ☐ 2. 妊娠している女性の同居者で、本人及び妊婦のどちらも風しんの抗体価が低いもの (妊婦の氏名 生年月日 年 月 日)												
医療機関名														
所在市町村名				接種年月		年 月 日								
予防接種名 いずれかに✓		☐ 麻しん・風しん混合 ☐ 風しん単独		請求額 (記入不要)		円								
振 込 先	口座名義人(カナ)													
	ゆうちょ 銀行		記号				番号							
			1			0	-							1
	ゆう ちょ 銀行 以外	金融 機関 名 支店 名	銀行・金庫・農協 信組・信連・漁協		☐ 普通 ☐ 当座		口座番号							
		本店・支店 出張所												

市記入欄	課税状況			確認	受付者	助成決定額
	課	非	生	☐ 母子手帳 ☐ 領収証 ☐ 同居人の免・健		円