様式１号（第７条関係）

鉾田市風しん等予防接種費助成金交付申請書兼請求書

鉾田市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請（請求）日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

風しん等予防接種を接種したので、次のとおり助成金の交付を申請・請求します。

なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種した人 | 住所 | 鉾田市 |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 | 　　 | □昭和　□平成　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 助成対象※定期予防接種対象者を除く。 | □妊娠している女性の夫（内縁・婚姻予定を含む）※注１□妊娠を予定または希望している女性とその夫※注１　（ただし、上記対象者※注１はＨ２年４月１日以前に生まれた者に限る）□昭和５４年４月２日～平成２年４月１日生まれで、抗体価が低い男性※注２ |
| 予防接種内容 | ワクチンの種類及び助成額 | □風しん単独ワクチン　　　　　　　　　３，０００円□麻しん風しん混合（ＭＲ）ワクチン　　５，０００円 |
| 接種医療機関名 |  |
| 接種年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | □銀行□信用金庫□農協 |  | □本店□支店□出張所□支所 |
| 預金種別 | □普通□当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※　振込先は原則、申請者名義の口座を記入してください。

【添付書類】

（１）領収書等（原本還付可）

（２）接種内容のわかるもの（接種日、ワクチンの種類が確認できるもの）

（３）振込先の確認できるもの（通帳の写し等，銀行・支店名・口座番号・口座名義人の確認できるもの）

（４）※注２に☑の方のみ⇒風しん抗体検査の値が確認できるもの（抗体検査通知書等）