様式第１号(第７条関係)

　　　年　　月　　日

鉾田市長　殿

　　（申請者） 住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印(続柄　　)

電話番号

任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　下記任意予防接種費用について，関係書類を添付して申請及び請求いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 接 種 者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 鉾田市 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　　か月） | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象要件  （風しんのみ） | | * 妊娠している女性の夫 * 妊娠を予定または希望している女性とその夫 * 抗体価が低い男性 | | | | | | | | | | | | |
| 接種医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 任意予防接種の内容 | | 任意予防接種名 | | 回数 | | 接種日 | | | | 接種費用 | | | 助成額 | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 申請(請求)額 | | (接種費用と市が定める助成上限額のいずれか低い金額) | | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 信 用 金 庫  銀行・組合 | | | | | | 店  出張所 | | | | | | |
| 種別・番号 | 普通・当座 |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | |

　添付書類

　①任意予防接種費用の領収書の原本

　②任意予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳・予防接種済証など