

様式第1号（第6条関係）

河内長野市風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

河内長野市長 様

河内長野市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。なお、支給決定後は、下記に指定する口座への振込みにより支給されるよう請求します。

記

1. 申請者（被接種者）

住 所	河内長野市		TEL
氏 名	印	性 別	男・女
生年月日	年	月	日 (年齢) 歳
妊婦の氏名 (*妊婦の配偶者のみ記入)			

質問事項	回答欄	
1 妊娠を希望する女性の方ですか。	はい	いいえ
2 妊娠を希望する女性の配偶者ですか。	はい	いいえ
3 妊娠している女性の配偶者ですか。	はい	いいえ

医療機関等 (住所・名称)	
------------------	--

※接種済証等のワクチン接種が確認できる書類並びに領収書等の接種費用支払を確認できる書類を提示してください。

抗体検査の結果、抗体価が規定に満たないことを確認しました。	確認者名	
-------------------------------	------	--

※抗体検査の結果、抗体が不十分であることが確認できる書類を提示してください。

<裏面につづく>

2. 助成金の額

7,000円（麻しん風しん混合ワクチン）※1人1回の接種のみ

4,000円（風しん単抗原ワクチン）※1人1回の接種のみ

3. 助成金の振込を指定する口座

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店
預金種目	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、その口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。			
	(申請者) _____ 印			
	〔申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも記入・押印してください。〕			