

糸島市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

糸島市長 様

申請者 住所 **糸島市〇〇〇〇-〇〇**
 氏名 **志摩 花子**
 電話番号 **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇**

私は、糸島市風しん予防接種費用助成金交付要綱第5条に基づき、助成金の交付を申請兼請求します。なお、この申請兼請求に基づく助成金の交付の審査にあたり必要な場合には、受診した医療機関に受診内容その他必要な事項を問い合わせることに同意します。

一番上の項目に該当しない場合、助成対象外となります。 ①②③のいずれか1つにも☑を入れて下さい。	被接種者氏名 志摩 花子	生年月日 〇〇年 〇月 〇日	
	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 糸島市〇〇〇〇-〇〇	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	該当項目（□にチェック） <input checked="" type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果、抗体値が低い（抗体検査結果を添付） <input checked="" type="checkbox"/> ①妊娠希望者（妊婦は除く） <input type="checkbox"/> ②妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む） <input type="checkbox"/> ③妊娠希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）		
容	接種日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	予防接種の種類 <input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input checked="" type="checkbox"/> MRワクチン	自己負担額 〇〇,〇〇〇円
	助成金額 <input checked="" type="checkbox"/> 10,000円（上限額） <input type="checkbox"/> 自己負担費用 （自己負担額及び助成上限額10,000円のいずれか低い額）		円

下記のとおり請求

助成金額を請求金額に記載

請求金額 円（予防接種の種類 風しんワクチン、

支払は次の口座へ振り込み願います。

金融機関名		支店名					
〇〇〇〇		銀行 農協		〇〇〇〇		本店 支店	
種別			口座番号				
① 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他 ()			○	○	○	○	○
口座名義							
フリガナ シマ ハナコ							
志摩 花子							

・自己負担額が10,000円以上の場合は10,000円に☑
 ・自己負担額が10,000円未満の場合は自己負担額費用に☑し、自己負担額を記入

※「口座名義」等については、金融機関に登録されたものを、省略することなく正確に記載願います。

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、糸島市から受ける助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）氏名 _____

（市使用欄）確認書類

- 本人確認（運転免許証 マイナンバーカード その他）
 本人の抗体検査結果票 予防接種領収書
 配偶者、同居者の場合は妊婦等の抗体検査結果票

被接種者と異なる人の口座名義を記載する際に記入