

能代市風しん予防接種費補助金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

能代市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

能代市風しん予防接種費補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、補助金の支給の適性を審査するために、住民基本台帳を閲覧し、世帯状況を確認することに同意します。

予防接種を受けた方の氏名		生年月日	予防接種日	接種費用支払額
		年 月 日	年 月 日	円
補助対象条件	検査法 HI法・EIA法・その他（ ） 抗体価（ ）		妊娠を希望する・妊娠している 女性の氏名	
	ア 妊娠を希望する女性 イ 妊娠を希望する女性のパートナー ※ ウ 妊娠している女性のパートナー ※ エ 妊娠している女性と同居している者 ※		妊娠を希望する・妊娠している 女性の生年月日	
			年 月 日	
接種医療機関名				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義	(カカ)		

- ・添付書類
 - 1 予防接種者の風しん抗体検査結果が分かる書類又は風しん抗体検査実施証明書（様式第2号の2）
 - 2 医療機関発行の領収書の写し又は風しん予防接種実施証明書（様式第2号）
- ※ イ～エの場合、妊娠を希望する女性又は妊娠している女性の風しん抗体検査結果が分かる書類
- ※ ウ・エの場合、母子健康手帳の写し

・申請者と振込先の名義が異なる場合は、裏面同意書に必要事項を記載してください。

風しん予防接種費補助金の受領の権限を下記の者に委任します。

委任される者 住 所 _____

氏 名 _____

委任する者 住 所 _____

氏 名 _____ 印