

風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

山口市長 様

申請者 丁

住所 山口市

氏名

電話 ( ) -

山口市風しん予防接種費用助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。  
 なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者	ふりがな 氏名		男・女	
	住所			
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
	区分	1 妊娠を希望する女性 2 1の配偶者等 3 妊娠中の女性の配偶者		
接種日	年	月	日	
接種したワクチン	風しん単抗原ワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン			
接種に要した費用	円			

- 添付書類（本申請書と一緒に提出してください。）
  - ア 医療機関等が発行した、風しんの抗体検査の結果が確認できるもの（コピー可）
  - イ 風しんの予防接種を受けた医療機関が発行した領収書（原本）

口座名義	支払金融機関		貯金種目
フリガナ	銀行	支店	普通 ・ 当座
	金庫	支所	口座番号
	農業協同組合	出張所	

※ 申請者以外の方の口座に振り込む場合には、以下もご記入ください。

委任状	
私は、この申請に係る助成金受取りの権限を次の者に委任します。	
委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名	氏名
	振込先 上記振込先のとおり

受付年月日	年 月 日	交付金額	円
-------	-------	------	---