

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

三次市風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

三次市長様

三次市風しん予防接種費用助成事業を関係書類を添えて申請します。なお、助成金の支給の適正を判断するために、私の住民基本台帳の確認及びワクチン接種の実施について、関係課、ワクチン接種医療機関等に照会することに同意します。

ふりがな		性別	生年月日		
申請者氏名 (被接種者氏名)	㊞	男・女	年	月	日(満歳)
住所 電話番号	三次市		電話 ( )		
接種日	年 月 日	接種医療機関			
接種に要した費用 とワクチンの種類	円		麻しん風しん混合ワクチン 風しん単独ワクチン		
助成申請額	円		麻しん風しん混合ワクチン 5,000 円 風しん単独ワクチン 3,000 円 全額（生活保護世帯の方）		
風しん抗体 検査	実施年月日		年 月 日		
	実施医療機関名				
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 店・所			
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	( )	
	口座番号				(左詰記入)

**委任状**（\*この欄は、申請者本人以外の口座への振込を希望される場合のみ記入・押印してください。）

私は、三次市風しん予防接種費用助成の受領について、次の者に委任します。

平成 年 月 日

委任者（助成申請者） 住所 広島県三次市 氏名 ㊞

受任者 住所 氏名

接種したワクチンの種類と接種に要した費用が証明できるもの（領収書及び診療明細書）、広島県風しん抗体検査事業等又は妊婦健康診査風疹抗体検査の結果が証明できるもの（風しん抗体検査結果、母子健康手帳）、生活保護世帯の方は生活保護受給証明書を添付してください。