

別記様式（第4条関係）

風しん予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）津市長

申請者
〒 ー

住 所
氏 名 ⑩ 続柄
連絡先電話番号 ー ー

風しん予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、私（被接種者）は、これまでに風しん予防接種費用助成金について一度も交付申請したことはありません。
また、申請内容について、本市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額 (請求額)	円		
被接種者氏名	生年月日	平・昭	年 月 日
対象区分 ※該当する欄に○を付けてください。		妊娠を予定し、又は希望している女性	
		妊娠を予定し、又は希望している女性の同居者 (妊娠を予定し、又は希望している女性の 氏名 生年月日 平・昭 年 月 日)	
		妊婦の同居者 (妊婦の氏名 生年月日 平・昭 年 月 日)	
接種日	令和 年 月 日		
予 防 接 種 を 受けた医療機関	電話 ー ー		
振込先金融機関	銀 行 農 協 信用金庫		本・支店 出張所
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の記名・押印が必要となります。

私は、上記の口座名義人に風しん予防接種費用助成金の受取を委任します。	
令和 年 月 日	申請者氏名 ⑩

【添付書類】 領収書、抗体価が低いことがわかる書類、通帳の写し