

様式第1号（第6条関係）

風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

久喜市長 あて

申請（請求）者 住 所  
氏 名 ⑧  
電話番号

久喜市風しん予防接種助成金の交付を受けたいので、久喜市補助金等の交付に関する規則第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

また、交付が決定された場合は、次の金額を交付されるよう請求します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定のため、又は交付決定後の要件等の確認のため、必要に応じ、市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び他の自治体又は接種をした医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

記

接種を受けた者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	電 話 番 号				
ワクチンの種類、申請（請求）額等	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン（単独） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン（MR）			
	接種年月日	①接種費用	②助成金上限額	申請（請求）額 （①か②のいずれか低い額）	
	年 月 日	円	3,000円	円	
	接種医療機関	名 称			
		住 所			
電 話					

振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
	フリガナ	預金種目	普通 当座
	口座名義	口座番号	

※申請（請求）者と口座名義人が異なる場合は、次の委任欄に署名又は記名押印してください。

私は、上記口座名義人に風しん予防接種費用助成金の受取りを委任します。

年 月 日

申請（請求）者氏名 \_\_\_\_\_

**【添付書類】**

- ① 風しん予防接種の実施を確認できる助成対象者の氏名、医療機関名、接種日、ワクチン名、Lot番号の記載された予診票の写し、接種済証その他の風しん予防接種を受けたこと分かる書類の写し
- ② ①の書類のみで風しん予防接種に係る費用の額を確認できないときは、その費用の額が確認できる書類
- ③ 風しん抗体検査の結果が分かる書類（妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性又はその配偶者が申請する場合）
- ④ 母子健康手帳の妊婦及び夫の氏名が確認できる部分の写し（風しん抗体検査により低抗体価と判定された妊婦の配偶者が申請する場合）
- ⑤ 申請者本人及び妊婦の風しん抗体検査の結果が分かる書類（風しん抗体検査により低抗体価と判定された妊婦の配偶者が申請する場合）