

延岡市風しん任意予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

延岡市長

※申請日において被接種者が18歳未満の場合、申請・請求者は保護者等とする

（申請・請求者）住所

氏名（自署）

被接種者との続柄（ ）

電話番号（ ）

延岡市風しん任意予防接種費用助成要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の給付を申請・請求します。併せて、助成金については下記の口座に振り込むよう依頼します。

また、申請内容について、延岡市が住民基本台帳等の調査を公簿等により行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。

被 接 種 者	しめい 氏名	()		生年月日	年 月 日
	住所	延岡市			
	対象者区分	☐ 妊婦の配偶者（パートナー） ☐ 妊娠を希望する女性 ☐ 妊娠を希望する女性の配偶者（パートナー）	風しん罹患歴	☐ なし ☐ あり	
			風しん予防接種歴	☐ なし ☐ あり	
今回接種した ワクチンの種類		☐ 風しんワクチン ☐ 麻しん風しん混合（MR）ワクチン		請求額 (接種に要した額)	_____ 円
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協・漁協		本 店 支 店 出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人	()			

※口座名義人は申請・請求者と同一人としてください。

※申請・請求者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・記名押印してください。

助成金の受領は_____（委任者との続柄_____）に委任します。
委任者 氏名_____ 印（自署）_____

- 【添付書類】（1）請求者・受任者の身分証明書類の写し（マイナンバーカード・運転免許証など一点）
（2）医療機関が発行した予防接種費用の領収書（ワクチンの名称が記載されているもの）
（3）被接種者自身の風しん抗体検査の結果が分かる書類の写し

【市処理欄】	風しん任意予防接種費用助成金の給付について次のとおり決定します。		
給付決定年月日	年 月 日		
給付決定金額	円	地域医療政策課長	印