

阿南市成人風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿南市長 宛て

(申請者)

住所

氏名

㊟

電話番号

下記のとおり風しん予防接種を受けましたので、阿南市成人風しん予防接種費用助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、阿南市成人風しん予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

記

助成対象者	フリガナ		
	氏名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日生	歳
抗体検査	検査結果	(HI法16倍以下に相当する抗体価であること) 結果を記入してください 法	
	検査日	年 月 日	
接種状況	医療機関名		
	接種日	年 月 日	
	接種費用		円
請求額 助成金の	接種費用の半額 1円未満は切り捨て 上限5,000円		円
助成金の振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	店・支店
	口座種別・口座番号	普通・当座	
	フリガナ		
	口座名義人		

交付決定額	※この欄は、記入しないでください。 円
-------	----------------------------

(添付書類)

- 風しん抗体検査結果の写し（徳島県風しん抗体検査等推進事業、妊婦一般健康診査に係る風しん抗体検査又は法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種における抗体検査等）
- 医療機関が発行した領収書
- 予防接種予診票の写し又は予防接種済証の写し
- 助成金振込先口座の通帳の写し
- 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの