

様式第1号（第5条関係）

井原市成人用風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

井原市長 様

成人用風しん予防接種費用の助成を受けたいので、井原市成人用風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳により確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	昭和・平成	
	氏名			年 月 日	
	住所	井原市	電話番号		
妊娠を希望する女性等					
ふりがな		生年	昭和・平成	申請者と	
氏名		月日	年 月 日	の続柄	
申請区分	該当する番号を○で囲んでください。				
	1 妊娠を希望する女性で、抗体価が不十分であったもの 2 妊娠中又は妊娠を希望する女性の配偶者及び同居者で、抗体価が不十分であったもの				
接種ワクチン名	該当する番号を○で囲んでください。				
	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん混合（MR）ワクチン				
接種年月日	年 月 日				
医療機関	住所				
	名称				
接種費用		申請金額	円		
振込先	金融機関	（ ）銀行・信用組合・農協			
		（ ）本店・支店・支所			
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
名義人					

\*添付書類：領収書等の写し、風しん抗体検査結果の写し、その他市長が必要と認める書類

ここから下の欄は記入しないでください。

市	決裁	課長	課長補佐	係長	係	支出命令	給付台帳	給付決定日
								年 月 日