

別紙様式（第4条関係）

多賀城市成人風しんワクチン等予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

多賀城市長 殿

申請者 住所
氏名
電 話 印

多賀城市成人風しんワクチン等予防接種に係る助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。
なお、申請内容の審査のため必要がある場合は、予防接種を受けたことについて医療機関等から情報提供を受けること及び対象者の住民登録に係る情報を閲覧することについて同意します。

記

本申請は、対象者1人につき1回限りの助成となります。今回の申請は1回目ですか。該当する場合は右の記入欄に☑印を記入してください。

申請額	円	1	一般（助成金の上限額 10,000円）
		2	生活保護該当（全額助成）

助成区分	1	妊娠を希望している満19歳以上満49歳以下の女性
	2	妊娠している女性の同居人
	3	妊娠を希望している満19歳以上満49歳以下の女性の同居人

該当する区分の番号のいずれかに○をしてください。

予防接種をした方	フリガナ 氏名	
	生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
	妊娠を希望している又は妊娠している女性の氏名	
	住民登録の住所 （接種日現在）	※住民登録の住所と異なる場合に記載すること。
	接種料金	円
	接種したワクチン	1 風しんワクチン 2 麻しん風しんワクチン
	接種年月日	年 月 日
	接種医療機関の名称	

金融機関 （振込先）	銀行名	銀行		支店
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

※申請手続きに必要なもの

- (1) 風しん抗体検査の結果が証明できる書類（風しんワクチン等予防接種前に受けたもの）
- (2) 予防接種の領収書。領収書が無い場合は、予防接種済証明書の写し
- (3) 振込先金融機関の預金通帳の写し
- (4) 印鑑（朱肉を使用するもの）
- (5) 生活保護受給証の提示（生活保護を受給している方の場合）