

## 風しん予防接種費助成金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）秋田市長

申請者氏名は、裏面振込口座名義人と同一の氏名となります。

申請者 〇〇 〇〇

住 所 秋田市〇〇■丁目〇ー〇

電話番号 000-0000-0000

下記のとおり、秋田市風しん予防接種費助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

## 記

## 1 予防接種の種類等

対象者 (被接種者)	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇		
	氏 名	〇〇 〇〇		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男・女
	対象区分	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者等 <input type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の配偶者等 (※配偶者等：事実上の婚姻関係にある者も含む。)		
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン			
接種医療機関名	△△クリニック			
接種日	〇〇年〇〇月〇〇日	接種費用	5,000 円	

【助成金の上限額】 風しんワクチン3,000円 麻しん風しんワクチン5,000円

申 請 額	3,000円
-------	--------

## 2 振込口座

振込先	〇〇		銀行・協同組合 金庫・信用組合		〇〇		本店・支店 支所・出張所	
	店番	111	種目	普通・当座	口座番号	1234567		
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇							
口座名義人	〇〇 〇〇		申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の記入も必要です。					

## 3 確認・同意事項 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳および医療機関等における情報について、市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の風しん予防接種費について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 4 提出書類

- 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）
  - 振込先が確認できる預金通帳、キャッシュカード等の写し
  - 接種費用の支払いを証明する領収書、明細書等の原本
  - 妊娠を希望する女性又はその配偶者：抗体価が低い者であることを確認することができる通知等の写し
  - 抗体価が低い妊婦の配偶者：抗体価が低い者であることを確認することができる通知等の写しおよび妊婦が抗体価が低い者であることを確認することができる母子健康手帳等の写し
- ※他にも追加書類の提出を求めることがあります。