

白井市風しん予防接種費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 白井市長

予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種費の助成を受けるにあたり、担当職員が住民基本台帳及び生活保護の受給について確認することを了承します。

申請者氏名 (被接種者)	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
19歳以下で未婚の場合 は保護者名 (自署)			
住 所 電 話	白井市 電話		
該当内容 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠している女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性の同居者		
風しん抗体検査 検査結果	検査を受けた日 年 月 日 検 査 結 果 <input type="checkbox"/> 陰 性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> E I A価 8.0未満 <input type="checkbox"/> それ以外 ()		
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (MR)		
接種年月日	年 月 日		
接種費用(税込み)	円	申請額	円
今回の予防接種について 他の助成を受けている	受けていない ・ 受けている (円)		
世帯状況 (該当する方のみ)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

(振込先)

金融機関名	店名	店番 ()
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

(市記入欄) 添付書類 領収書 (被接種者名・ワクチン名) 検査結果が記載されている証明書