

狭山市風しん抗体検査・予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 狭山市長

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

風しん抗体検査・予防接種費用の助成を受けたいので、狭山市風しん抗体検査・予防接種事業実施要領第10条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること、及び市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ 氏名		
	住所		
	電話番号		
	生年月日	年 月 日	
	住民日	年 月 日～	年 月 日
申請する内容		風しん抗体検査	定期予防接種
検査・接種年月日		年 月 日	年 月 日
自己負担金額		円	円
合計額		円	
受診した 医療機関等	名称		
	住所		
	電話番号		

振 込 先	金融機関の名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店
	預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号 No.
	口座名義人	(フリガナ)	

振込先の口座名義を申請者本人以外の方にする場合は、下記委任状に記入が必要です。

委任状	
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。	
年 月 日	申請者

(注) この申請書に次の書類を添付してください。

1. 医療機関の領収書の原本
2. 抗体検査又は予防接種を受けたことが分かる書類
3. 抗体検査の結果が分かる書類(定期接種に係る申請の場合に限る)
4. 助成金交付申請は、接種日から起算して1年以内です。