

様式第1号（第6条第1項関係）

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

提出日を記入→

年 月 日

熊本市長（宛）

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、熊本市において支給決定をした後は、この申請書を風しん予防接種費用助成金の請求書として取扱うことに同意します。また、私は下記風しん予防接種費用助成金の請求に関する一切の権限を熊本市感染症予防課長に委任します。

記

申請者（被接種者）	熊本 花子	生年月日	平成 ●● 年 ● 月 ● 日
〒 住所 TEL	○○○-○○○○ 熊本市××区・・・・・ 携帯電話等連絡のつく番号（△△△-△△△△△-△△△△△）		
※ワクチン接種日と現住所が異なる場合のみ記入			
ワクチン接種日	令和 ● 年 ● 月 ● 日		
該当要件（当てはまる番号に☑をつけてください。）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望している女性のパートナーなどの同居者 <input type="checkbox"/> 3 妊婦のパートナーなどの同居者		

支払額と助成上限額（4,000円）を比較して、低い方の金額を記入してください。

申請額（請求額） ￥4,000 円

風しん予防接種費用助成金の支払いは、下記の私名義の金融機関預金口座に口座振替にて行われますよう依頼します。

口座振込依頼欄	フリガナ 氏名 (申請者と同一)	クマモト ハナコ 熊本 花子						
銀行コード・支店番号も記入	金融機関名 (銀行コード)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	銀行 信用金庫 信用組合	支店名 (支店番号)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5

※1 申請者と被接種者（ワクチンを接種した人）と口座名義人は同一名に

※2 添付書類

風しん抗体検査結果がわかるもの（母子手帳に記載あるものは写し）

予防接種の領収書原本（予防接種名が記載してあるもの）

振込先の通帳又はカードの写し

添付書類の漏れがないようご確認ください。

領収書に予防接種名がない場合は、診療費明細書も添付してください。

※明細書だけでは申請できません。