別記様式（第５条関係）

阿久根市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　（宛先）阿久根市長

　阿久根市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第５条の規定により，関係書類を添えて申請します。

　なお，この申請による助成金の交付決定に当たり，阿久根市が保有する私の個人情報について閲覧すること及び医療機関等に必要な事項について照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 対象者氏名 |  | | | |
| 住所  電話番号 |  | | | | | | |
| 該当区分 | 阿久根市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第２条に該当するため。 | | | | | | |
| ワクチンの種類 | | | 接種年月日 | | 申請額（上限6,000円） | | |
| □風しんワクチン  □麻しん風しん混合ワクチン | | | 年　　月　　日 | | 円 | | |
| 振込先 | | 本・支店名 | | 種別 | 口座番号 | | 口座名義 |
| 銀行  金庫  農協 | | 本店・支店  本所・支所  出張所・代理店 | | 普通  当座 |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

【※市処理欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〔添付書類・持参するもの〕  □領収書等(金額・ワクチン・接種日が分かるもの)  □抗体検査の結果が分かるもの  　（妊婦健診時の血液検査結果でも可）  □接種者本人の口座が確認できるもの  □母子健康手帳  □印鑑 | 住民登録日 | 年　　　月　　　日 |
| 決定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 支給決定金額 | 円 |

◎申請上の注意

予防接種費用に係る助成の申請期限は，接種日から起算して６か月です。