

様式第1号（第4関係）

茨木市風しんワクチン等接種費用助成申請書兼請求書

（あて先） 茨木市長

次のとおり、風しんワクチン又はMRワクチン（麻しん風しん混合ワクチン）の接種費用の助成を必要書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		年 月 日						
対象者確認欄 (接種日時点)		該当するものに☑を付けてください。 風しんの抗体を保有していないと判定された <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居人 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の同居人 <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の配偶者						
申請者 (被接種者)	フリガナ				男・女	生年月日	昭和 ・ 平成	
	氏名	(印) (自署の場合は押印不要)					年 月 日	( 歳)
	住所	茨木市			電話番号			
被接種者	フリガナ				男・女	生年月日	昭和 ・ 平成	
	氏名						年 月 日	( 歳)
	住所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。			続柄			
申請額				¥	千	百	十	一
振込先口座 (申請者名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協			店名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座			フリガナ			
	口座番号 (左詰め)					口座名義		

〔同意〕

審査のため、私及び私の配偶者又は同居人の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者

(印)

(自署の場合は押印不要)

〔添付書類〕

- ・ 接種医療機関の領収書等
- ・ 接種済証等
- ・ 風しん抗体検査結果の証明

茨 理 木 欄 市	住民登録確認	確認	受付
	接種時年齢・接種歴確認		
	風しん抗体検査結果		
	必要書類		