

福井市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

福 井 市 長 殿

【申請者】

住 所 福井市

氏 名 (※)

(※) 自著でない場合は、記名押印してください。

電話番号

妊娠を希望する女性への風しん予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり風しん予防接種費の助成を申請（請求）します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、接種した医療機関等に問い合わせることに同意します。

太枠の中をご記入ください

フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
被接種者氏名						
被接種者住所 (申請者と異なる場合 記入してください)	〒	電話番号 ()				
	福井市					
予防接種種類 (□にチェック)	☐ 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン (5,000 円を上限に接種費用の 1/2 を助成) ☐ 風しん単独ワクチン (3,000 円を上限に接種費用の 1/2 を助成)					
接種医療機関名		接種日	令和	年	月	日
接種費		円	申請額			円

振込先 金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合 ゆうちょ銀行										支店 出張所 支所	
預金種別	普通・当座	店番号				口座番号						
フリガナ												
口座名義人												

※申請者と口座名義人は同一としてください

【注意事項】 この請求書には次の書類を添付して下さい

- ☐ ・「風しん抗体検査申込（問診）票」（福井市保健所様式）の写し
・妊婦健康診査風しん抗体検査の結果が証明できるものの写し（風しん抗体検査の結果書、母子健康手帳）
・その他の健康診査における風しん抗体検査の結果が証明できるものの写し
- ☐ 領収書（原本）（当該予防接種を受けたことがわかるもの）
- ☐ 振込先の通帳の写し（申請者名義で振込口座の分かる部分の写し）
- ☐ ワクチン接種済証または記録（ワクチンの種類、接種日等、当該予防接種を受けたことが分かるもの）