

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

木津川市長 宛て

予防接種を受けた方が
申請（請求）者となります

申請（請求）者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生
電話番号

風しん予防接種費用の助成を受けたいので、木津川市風しん予防接種助成事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。本申請に必要な範囲で住民基本台帳、戸籍等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。

助成額は接種費用の 3 分の 2（100 円未満の端数は切り捨て）となります。ご不明な点は健康推進課までお問い合わせください。

請求金額 円

接種医療機関	名称	
	住所	
接種日	年 月 日	

添付書類

- ☐ 風しん抗体検査結果等、申請者の風しん抗体価が低いことを証明する書類（妊婦の同居者が申請する場合、妊婦の抗体検査結果等も必要です。）
- ☐ 医療機関等が発行する領収書（原本）・接種済証
- ☐ 振込先口座がわかるもの（振込先通帳等の写し）

▼妊婦の同居者が申請される場合は次の書類も添付してください。

- ☐ 妊婦と同居していることを証明する書類（母子健康手帳のコピー[妊婦の氏名と住所が記載されたページ]及び母子健康手帳と同一の住所が記載された申請者の運転免許証などの写し）

※申請の当日、市役所窓口にて母子健康手帳・運転免許証等の原本を持参してください。

振込先口座	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号					
	口座名義人	(フリガナ)						

(本人口座以外に振込みを希望する場合記入)

上記の口座に振込みを希望します。 (請求者氏名)

・該当するものにチェック☑を入れてください。

対象者条件	☐ 妊娠を希望する女性	☐ 妊婦の同居者
世帯状況	☐ 生活保護世帯	

※助成は 1 人につき 1 回限りです。

健康推進課使用欄

対象者条件 ☐ 該当 ☐ 非該当	世帯状況（生活保護） ☐ 該当 ☐ 非該当
---	--