

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

申請（請求）者 住 所

予防接種を受けた方が
申請（請求）者となります

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、健康保険証などの写し）
- ※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	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	<input type="checkbox"/> 妊婦の同居者
世帯状況	<input type="checkbox"/> 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	世帯状況（生活保護）
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当