

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

篠栗町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

接種者	名前		生年月日	年 月 日
申請者	名前	<input type="checkbox"/> 接種者と同じ 接種者との続柄()	生年月日	年 月 日
住所	篠栗町		連絡先 電話番号	
対象区分	<input type="checkbox"/> 妊娠希望者 (妊婦は除く。)	<input type="checkbox"/> 妊娠希望者と同居している配偶者 (パートナー) 及び同居者	<input type="checkbox"/> 妊婦と同居している配偶者 (パートナー) 及び同居者	
接種内容	接種医療機関	接種日	自己負担額 (領収書金額)	申請額
MR ・ 風しん		年 月 日	円	(上限5,000円) 円

※太枠内は、町で記入します。

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ		名義人名	
金融機関名		支店名		分類
				<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
銀行 農協 金庫 組合		本・支店 本・支所 出張所		右詰めで記入
金融機関コード		支店コード	口座 番号	

【添付書類】

- 風しん抗体検査で抗体価が低い基準に該当した検査結果の写し
※配偶者(パートナー)又は同居者が申請する際は、妊娠希望者又は妊婦の上記の検査結果も必要
- 医療機関発行の風しん予防接種の領収書の写し
- 申請者の本人確認ができる書類の写し
- 振込先口座が確認できる書類の写し(申請者名義に限る)
- その他、町長が必要と認める書類の写し(代理人が申請の場合は委任状)