

徳島市風しん予防接種助成申請書

徳島市長様

申請者	住所 (住民票のある住所)	〒
	氏名	
	被接種者との続柄	
	電話番号 (平日昼間つながるもの)	

徳島市風しん予防接種助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。
審査に際し申請者及び被接種者にかかる住民登録情報を閲覧することを承諾します。
なお、口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

被接種者	氏名	フリガナ	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	住所 (住民票のある住所)	〒	

接種費用 (領収書に記載の金額)	円
助成申請額 (接種費用の一部。1円未満は切り捨て。上限は5,000円)	円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店/支所 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人	フリガナ ※申請者と異なる場合のみ記入してください。 申請者との続柄 :	

(注1) 申請に必要な物

- ・風しん抗体検査「抗体価が低い」結果書(母子健康手帳p8・10、徳島県無料抗体検査の結果通知、風しん第5期抗体検査受診票のいずれか)
- ・医療機関発行の領収書
- ・予防接種を受けたことがわかるもの(接種済証等)
(被接種者氏名、ワクチン名、接種年月日が記載されていること)
- ・振込先口座が確認できるもの(通帳:表紙と通帳を開いた1・2ページ目、WEB通帳とネットバンキング:口座内容のキャプチャー)
- ・申請者の印鑑(スタンプ印は不可)

(注2) 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所には2重線を引き印鑑を押してください。

事務処理欄(以下は記入しないでください。)

決定年月日: 年 月 日、 決定金額 円