

様式第1号

所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の公簿を確認し、及び予防接種を受けた医療機関等に照会することに同意します。

対 象 者	区 分	1 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性 2 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性の同居者 3 風しん抗体価が低いと判明している妊婦の同居者
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
※ 区分2の場合 当該妊娠を希望する 16歳以上50歳未満 の女性 ※ 区分3の場合 当該風しん抗体価が 低いと判明している妊 婦	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	続 柄	
接 種 年 月 日	年 月 日	
予 防 接 種 接 種 料	円	
請 求 金 額	円	
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 私は、別に添付した通帳等の写しの口座への振込みを希望します。 (振込先の金融機関名、支店名・出張所名、預金種目、口座番号及び口座名義(カタカナ)が分かる通帳等の写しを添付してください。)  <input type="checkbox"/> 私は、所沢市予防接種接種料助成金、所沢市造血幹細胞移植後の予防接種任意再接種料助成金及び所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金のうち、前回申請した助成金について交付を受けた口座への振込みを希望します。	

【添付書類】

- 1 風しん抗体検査の結果抗体価が低いと判定されたことが分かる書類
- 2 予防接種に係る領収書
- 3 予防接種を受けたことが分かる書類 (前号の領収書に当該事実の記載がある場合を除く。)