

交野市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

提出期限: 令和8年4月 10 日まで

交野市長 様

風しん予防接種費用の助成を受けるために、交野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、関係書類を添えて、申請します。

また、風しん予防接種費用助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、市が住民基本台帳の閲覧や、医療機関への支払い内容等を確認することを了承します。

申請者 (被接種者)	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	区 分	生活保護世帯 ・ 上記以外
	対 象	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊娠を希望する女性の配偶者 3. 妊婦の配偶者 4. 妊娠を希望する女性の同居者 5. 妊婦の同居者		
	住 所	〒 交野市	電話番号	() -

※接種費用の償還払いには上限金額があります

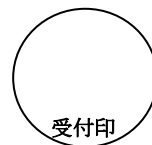
予防接種の種類	接種年月日	接種費用	助成請求額
MR・風しん	年 月 日	円	円

助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

金 融 機 関 名		分類	口座番号							
銀 行	本 店	1.普通								
信用金庫	支 店		フリガナ	続柄						
農 協	出張所		口座名義							
銀行コード()	支店コード() ※ゆうちょ銀行の場合3桁の漢数字をご記入ください									

添付書類 職員確認欄

- ① 領収書()
- ② 予防接種済証 ()
- ③ 履歴確認 ()
- ④ 抗体価検査結果 ()
- ⑤ 生活保護受給者証明証等 ()



受付者 ()

※担当者

確認印

確認印
