

様式第1号（第5条関係）

東松山市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東松山市長 あて

申請者 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号

私は、次のとおり風しん予防接種費用助成金の交付を申請（請求）します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込みを希望します。
なお、申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。
下のいずれかに○をしてください。

A	妊娠を予定している 又は 妊娠を希望している女性【19～49歳】
B	妊娠している女性の夫（児の父親）【19歳以上】
C	妊娠している女性の同居者【年齢制限なし】

1 請求金額 金 3,000円

2 接種内容

被接種者	住所					
	フリガナ				妊婦との続柄	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
妊婦氏名						
接種機関名						
接種年月日						

3 振込先

振込先金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店								
	預金種目	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に、記名してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種費用助成金の受け取りを委任します。	
年 月 日	申請者氏名

4 添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類
- (2) 予防接種の領収書
- (3) 母子健康手帳の写し（妊婦の夫又は妊婦と同居している者の場合）
- (4) 生活保護受給者証（受給者の場合）