

別記様式（第6条関係）

八潮市大人の風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 八潮市長

申請者 住 所
(請求者) 氏 名 ⑨
電話番号

八潮市大人の風しん予防接種費用に係る助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）の内容について、市が保有する個人情報閲覧・調査すること及び必要に応じて接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。

被 接 種 者 ※申請者(請求者)と同一人	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	(満 歳)	

対 象 者 区 分	1 妊娠を予定し、又は希望している女性（16歳以上50歳未満）			
	2 妊婦の配偶者又は同居者 〔妊婦氏名： 〕〔出産予定日： 年 月 日〕			
接 種 ワ ク チ ン	1 風しんワクチン（単独）		2 麻しん風しん混合ワクチン（MR）	
接 種 年 月 日	令和 年 月 日			
接 種 医 療 機 関 名				
接 種 費 用 の 額	円	チェック項目 <input checked="" type="checkbox"/>		
請 求 額	円	<input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない		
		<input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種を受けたことがない		

※ 請求額は、接種費用の額が3,000円未満の場合は接種費用の額と同額とし、3,000円以上の場合は3,000円となります。

助成金の振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫			本店 支店
口座種別	1 普通預金	2 当座預金	口座番号	No.
口座名義人	フリガナ			

※ 1 申請者（請求者）と口座名義人が異なる場合は、次の委任状に記入・押印してください。
2 申請者（請求者）が本人であることを確認できる証明書（免許証、保険証等）をお持ちください。（郵送の場合は、免許証、保険証等の写しを添付してください。）

委 任 状	
私は、上記口座名義人に大人の風しん予防接種費用助成金の受領に係る権限を委任します。	
令和 年 月 日	申請者（請求者）氏名 ⑨

※ 添付書類（次の書類を添えて申請してください。）

- ① 接種医療機関が発行した接種費用の額が確認できる領収証原本（領収証の返却は不可）
- ② 風しん予防接種を受けたことが分かる書類（予防接種済証、予診票等の写し）
ただし、領収証に、被接種者氏名、接種ワクチンの種類、接種年月日及び接種医療機関名の記載がある場合は添付不要
- ③ 対象者区分が「2 妊婦の配偶者又は同居者」に該当する方は、母子健康手帳の「表紙」と「子の保護者欄（記載があるもの）」の写し

記入例

別記様式（第6条関係）

八潮市大人の風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

予防接種を受けた方の住所・氏名・日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。
※ 記入漏れがあった場合は、ご連絡させていただきます。

令和 年 月 日
申請者 住所 八潮市 ○○○ ○ - ○
(請求者) 氏名 八潮 花子
電話番号 000-000-0000

押印（ネーム印は不可）



八潮市大人の風しん予防接種費用に係る助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）の内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること及び必要に応じて接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。

被接種者 ※申請者(請求者)と同一人	フリガナ	ヤシオ ハナコ	性別	男・女
	氏名	八潮 花子		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	(満 歳)	

どちらかに○をつけてください。

対象者区分	1	妊娠を予定し、又は希望している女性（16歳以上50歳未満）
	2	妊婦の配偶者又は同居者 〔妊婦氏名： 〕 〔出産予定日： 年 月 日〕

どちらかに○をつけてください。

接種ワクチン	1 風しんワクチン（単独）	2 麻しん風しん混合ワクチン（MR）
--------	---------------	--------------------

接種年月日	令和 年 月 日
-------	----------

接種医療機関名	○病院 ○医院 ○クリニック
---------	----------------

領収証と同じ医療機関名・接種年月日をご記入ください。

接種費用の額が3,000円未満の場合は、同額を記入

接種費用の額	円	チェック項目 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない <input type="checkbox"/> 過去に風しんの予防接種を受けたことがない
請求額	3,000円	

※ 請求額は、接種費用の額が3,000円未満の場合は接種費用の額と同額とし、3,000円以上の場合は3,000円となります。

チェック☑をしてください。両方にチェックが無いと、申請できません。

助成金の振込先

金融機関名	銀行・農協 本店	信用金庫 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金	口座番号 No. 1 2 3 4 5 6 7
口座名義人	フリガナ ヤシオ ハナコ	八潮 花子

※ 1 申請者（請求者）と口座名義人が異なる場合は、次の委任状に記入・押印してください。
2 申請者（請求者）が本人であることを確認できる証明書（免許証、保険証等）をお持ちください。（郵送の場合は、免許証、保険証等の写しを添付してください。）

委任状

義人に大人の風しん予防接種費用助成金の受領に係る権限を委任します。
月 日 申請者（請求者）氏名



申請者（請求者）以外の方が使用者として来庁される場合も申請者（請求者）の免許証、保険証等の写し等をお持ちください。

- ① 接種医療機関が発行した接種費用の額が確認できる領収証原本（領収証の写し）を添えて申請してください。
- ② 風しん予防接種を受けたことが分かる書類ただし、領収証に、被接種者氏名、接種ワクチンの記載がある場合は添付不要
- ③ 対象者区分が「2 妊婦の配偶者又は同居者」「子の保護者欄（記載があるもの）」の写し

申請者と口座名義人が異なる場合は、予防接種を受けた方の氏名をご記入のうえ、印鑑（ネーム印は不可）を忘れずに押してください。