

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

年 月 日

(宛先) 八潮市長

申請者 住 所
(請求者) 氏 名 ⑩
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	性別	男・女
	氏 名		
	生年月日	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（18歳以上50歳未満）		
	2 1及び妊婦の配偶者又は同居者		
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	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。	
年 月 日	申請者（請求者）氏名 ⑩

※ 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