

敦賀市長 あて

申請者 住 所 敦賀市

(請求者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

敦賀市風しんワクチン等接種費用助成金交付申請書兼請求書

敦賀市風しんワクチン等接種費用助成金の交付を受けたいので、敦賀市風しんワクチン等接種費用助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添え申請するとともに、次のとおり助成金の交付を請求します。

なお、助成の決定にあたり、被接種者の住民登録について確認することに同意します。

- 1 助成対象事業名 敦賀市風しんワクチン等接種費用助成金交付事業

申請額 金 5,000円 (麻しん風しん混合ワクチン)

- 2 被接種者住所、氏名、接種日、接種医療機関、接種対象者区分

住 所	〒 _____ 敦賀市	氏 名 生年月日	S・H 年 月 日
接種日	年 月 日	医療機関名	
(該当する接種対象者区分の番号に○印をつけてください)			
1 今後妊娠を希望する女性			
2 妊娠している方の同居者 (夫・その他)			
3 妊娠を希望している女性の同居者			

確認書類

- ・風しんの抗体検査結果が確認できるもの
- ・母子健康手帳 (上記接種対象者区分が2の場合のみ)

- 3 助成金請求額

請求金額 金 5,000円

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 その他 ( )							
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人						
	口 座 (右詰記入)	店番号		口座番号					

添付書類

- ・領収書 (接種ワクチンの種類がわかるものを添付)