

大津市風しん任意予防接種費用助成金交付申請書（兼請求書）

(宛先)
大津市長

記入はボールペンでお願いします。
※消えるボールペン・修正テープ・修正ペン、砂消しは使用不可

※金額は訂正印で修正ができません。
金額欄は空白でも構いません。

大津市風しん任意予防接種費用助成金の交付を申請し、及び請求します。
なお、この申請に基づく支給決定に当たり、大津市が保有する私（申請者）の情報について閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額（請求額） 4, 5 0 0 円

接種年月日	令和〇年 △月 □日		
生年月日	平成〇年 △月 □日	自己負担金額	9, 0 0 0 円
抗体価	☒ H I 法 (1 6) ☐ E I A 法 ()	接種実施医療機関	〇〇医院
対象者区分	☒ 妊娠を予定している女性 ☐ 妊婦の配偶者等 ☐ 妊娠を希望する女性の配偶者等		

※ () 内に抗体価の値を記入してください。

振込先情報

金融機関名	〇〇銀行 〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	*****
(フリガナ) 口座名義人	ヨボウ セツコ 予防 接子		

同じ方をお願いします。

申請額（請求額）以外の箇所間違われた場合は、二重線を引いていただき、訂正印をお願いします。
※訂正印は申請者氏名横と同じ印鑑をお願いします。

- ☐ 通帳の「通帳」等を添付しましたか。（振込先口座が確認できる書類）
- ☐ 委任状を添付しましたか。（本人以外の代理人が申請する場合のみ）

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。
※助成金額は接種費用の2分の1の額で、上限額は5, 0 0 0 円です。
1 円未満の端数が生じた場合は、これを1 円に切り上げます。
※申請は対象者（被接種者）1 人につき1 回しかできません。
※指定口座への助成金の振込みをもって、助成金の交付決定の通知に代えます。

（宛先）
大津市風しん
大津市長

被接種者以外の方が
助成金を受け取る場合

年 月 日
（兼請求書）

記入はボールペンをお願いします。
※消えるボールペン・修正テープ・修正ペン、砂消しは使用不可

※金額は訂正印で修正できません。
金額欄は空白でも構いません。

申請者
（被接種者）

住所 大津市〇△□……………

氏名 予防 接子

電話 * * * - * * * - * * * *

※代理人が申請する場合も被接種者本人の記入が必要です。

代理人

住所 大津市〇△□……………

氏名 予防 接男

電話 * * * - * * * - * * * *

※申請者が本人（被接種者）以外の代理人である場合は委任状が必要です。

大津市風しん任意予防接種費用助成金の交付を申請し、及び請求します。
なお、この申請に基づく支給決定に当たり、大津市が保有する私（申請者）の情報について閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額（請求額） 4, 5 0 0 円

接種年月日	令和〇年 △月 □日		
生年月日	平成〇年 △月 □日	自己負担金額	9, 0 0 0 円
抗体価	☒ H I 法 （ 1 6 ） ☐ E I A 法 （ ）	接種実施医療機関	〇〇医院
対象者区分	☒ 妊娠を予定している女性 ☐ 妊婦の配偶者等 ☐ 妊娠を希望する女性の配偶者等		

※（ ）内に抗体価の値を記入してください。

振込先情報

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	* * * * *
（フリガナ） 口座名義人	ヨボウ セツオ 予防 接男		

同じ方をお願いします。

申請額（請求額）以外の箇所間違われた場合は、二重線を引いていただき、訂正印をお願いします。
※訂正印は代理人氏名横と同じ印鑑をお願いします。

- ☐ 通帳の裏面等を添付しましたか。（振込先口座が確認できる書類）
- ☐ 委任状を添付しましたか。（本人以外の代理人が申請する場合のみ）

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。
※助成金額は接種費用の2分の1の額で、上限額は5, 0 0 0円です。
1円未満の端数が生じた場合は、これを1円に切り上げます。
※申請は対象者（被接種者）1人につき1回しかできません。
※指定口座への助成金の振込みをもって、助成金の交付決定の通知に代えます。