

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

申請者 （被接種者）	住所	_____
	氏名	_____ ④
	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	_____
	氏名	_____ ④
	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） _____ 円

接種年月日	年 月 日		
生年月日	年 月 日	自己負担金額	円
抗体価	<input type="checkbox"/> H I 法（ ） <input type="checkbox"/> E I A 法（ ）	接種実施医療機関	
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定している女性 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者等 <input type="checkbox"/> 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	_____	支店名	_____
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	_____
（フリガナ） 口座名義人	_____		

- 医療機関が発行した領収書を添付しましたか。（風しんの予防接種とわかるもの）
- 抗体価が証明できる書類を添付しましたか。
- 通帳のコピー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5,000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。