

麻疹・風しん混合予防接種又は風しん予防接種助成金申請書

年 月 日

池田市長 様

申請者

住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

下記のとおり麻疹・風しん混合予防接種又は風しん予防接種に係る予防接種を受けましたので、予診票の写し、領収書(又は写し)及び抗体検査の結果を添え申請します。

なお、申請にあたり市が住民登録情報等を確認することに同意します。

また、当該金額の支払いについては、下記の預金口座への振り込みをもって助成金を受領したものと認めます。

予防接種を受けた人			
生 年 月 日	年 月 日		
対 象 者	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊娠を希望する女性の配偶者 3. 妊婦の配偶者(母子手帳をご持参ください。) 4. 妊娠を希望する女性の同居者 5. 妊婦の同居者(母子手帳をご持参ください。)		
予防接種の種類	1. 麻疹・風しん混合予防接種 2. 風しん予防接種		
予 防 接 種 の 接 種 日	年 月 日		
請 求 金 額	円		
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 支所 出張所
	預金種目(番号に○印)	1. 普通	2. 当座
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)	
		(お名前)	
	ゆうちょ銀行	店番	
	預金種目(番号に○印)	1. 普通 2. 当座 3. その他()	
	口座番号		
口座名義	(フリガナ)		
	(お名前)		

※市記入欄	区 分	免除申請番号	確 認 印
	非課税世帯	No	
	生活保護世帯		