

別記様式(第3条関係)

新発田市任意風しん予防接種費用払戻し申請書

令和 年 月 日

新発田市長 様

申請者住所 〒

:

申請者名 : (印)

接種者との続柄(本人,父,母等) :

電話番号 :

医療機関で受けた風しん予防接種に係る助成金、金 円を申請します。
なお、申請内容の審査に必要な事項を関係部署等に確認することに同意します。

<予防接種実施状況>

接種ワクチン名	・ 麻しん風しん混合ワクチン ・ 風しん単独ワクチン (いずれかに○をつけてください。)		
接種費用(支払額)	円		
接種医療機関名	接種日	令和 年 月 日	
接種者氏名	接種者生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
助成該当項目	・妊娠を希望する女性 ・妊娠を希望する女性の配偶者 ・妊娠を希望する女性の同居者(配偶者以外) ・妊婦の配偶者 ・妊婦の同居者(配偶者以外) (いずれかに○をつけてください。)		
※ 妊娠を希望する女性又は 妊婦の氏名及び続柄		※ 母子健康手帳交付日及 び母子健康手帳番号	

<振込口座等>

振込指定金融機関	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協 ゆうちょ銀行	本店 支店
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ(カタカナ)		
口座名義		
委任状 (口座名義が申請者以外の場合)	予防接種に係る費用助成を受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。 申請者氏名: (印) (自署)	

■ 風しん抗体検査結果証明書及び領収書を添付してください。また、接種を証明するもの(接種証明書等)をお持ちの場合は添付してください。

注1 ※欄は、妊娠を希望する者又は妊婦の配偶者又は同居家族が申請する場合に記入してください。

注2 下記の太枠欄は記入しないでください。

注3 確認が必要な場合は電話連絡しますので、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

注4 申請書を提出する際は、印鑑をご持参ください。

請求額	円	決定額	円
申請受理日	令和 年 月 日	決定日	令和 年 月 日