

様式第3号

吹田市風しんワクチン接種に係る自己負担額助成金交付申請書兼口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者	住所 吹田市
(被接種者)	氏名
	電話 ()

次のとおり吹田市風しんワクチン接種に係る自己負担額助成金の交付を申請しますので、助成金は次の口座に振り込んでください。

なお、風しんワクチン接種に係る自己負担額助成の決定にあたり、世帯状況を確認する必要がある場合、市職員が必要な範囲で私の世帯及び、関係する世帯の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請区分	1 妊娠を希望する女性	
	2 妊娠を希望する女性 (氏名 :)	生年月日 :) の配偶者
	3 妊婦の配偶者	
	4 妊娠を希望する女性 (氏名 :)	生年月日 :) の同居者
	5 妊婦の同居者	
被接種者氏名		
被接種者生年月日		大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
風しんワクチンの種類		1 MR (麻しん・風しん混合) 2 風しん単独
接種日		令和 年 月 日
接種に要した金額		円
振込口座 (申請者名義)	フリガナ	
	口座名義	
	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 支所・出張所
	口座番号 (右詰めで記入)	普通・当座

記入内容に軽微な誤り (交付申請額は除く) があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。

申請者自署 _____

交付申請額は訂正できません。

交付申請額	円
-------	---

- 【添付書類】 ・ 風しん抗体検査の結果票 (医療機関又は検査機関発行) 又はその写し
 ・ 風しんワクチン接種に係る領収書、診療明細書の写し
 ・ 申請区分3は母子健康手帳の「子の保護者ページ」の写し
 ・ 申請区分5は母子健康手帳の「出産前後の居住地」がわかるページの写し

ただし、過去に吹田市予防接種に係る自己負担額助成金交付要領第3条第3項の規定に基づく助成を受けた者は、助成の対象になりません。

吹田市担当者記入欄 申請者 :