

## 吹田市風しん予防接種に係る自己負担額助成金交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(助成対象者) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
生年月日 昭和・平成 年 月 日  
電話 ( ) ー \_\_\_\_\_

次のとおり吹田市風しん予防接種に係る自己負担額助成金の交付を申請します。

なお、風しん予防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、以後市職員が必要な範囲で私の世帯の住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、助成金は、次の口座に振り込んでください。

捨印

該当するものに○をしてください。

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. 妊娠している女性の配偶者
------	--

被接種者氏名	
被接種者住所	吹田市
被接種者生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
風しん予防接種の種類	1. 麻しん風しん混合ワクチン 2. 風しん単独ワクチン
接種を受けた医療機関名	
接種日	平成・令和 年 月 日
接種に要した金額	円
交付申請額	円

※交付申請額については捨印による訂正ができないため、誤った額を記入された場合再度書類を書き直した上で申請が必要となります。

振込先

金融機関名		支店名	
銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所	
種別	口座番号	口座名義人	
普通・当座		フリガナ	
		氏名	

- 〈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  
・ 風しん予防接種に係る領収書又はその写し  
・ 妊娠している女性の配偶者の場合は、その旨を明らかにする書類

担当者記入欄 申請者：