

寝屋川市成人麻疹風しん等予防接種助成金交付申請書兼請求書

空白にしておいて下さい。

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

注意
被接種者以外の場合
委任状が必要です。

寝屋川市風しんワクチン等接種費用の助成に関する要綱第10条第1項の規定により、申請者が
市暴力団排除条例（平成25年寝屋川市条例第20号）に規定する暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない旨を証明し、請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医師の同意を求めます。

申請者の
・郵便番号、住所
・氏名
・電話番号
をご記入下さい。

| | | | | |
|---------------------------|------|--------------|-------|-------|
| 申請者 | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 572 - 寝屋川市 | | |
| | 生年月日 | 昭和 / 平成 | 年 月 日 | (歳) |
| | 電話番号 | () | | |
| ※申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。 | 氏名 | 申請者と同じ | | |
| | 住所 | 申請者と同じ | | |
| | 生年月日 | 昭和 / 平成 | 年 月 日 | |

※申請者欄に記入された方と同じ場合は、(申請者と同じ)に○をしてください。

予防接種を受けられた方の
・氏名・生年月日
・確認事項・抗体検査機関
・検査年月日・接種医療機関
・接種年月日・接種ワクチン
・ワクチンLot No.
をご記入下さい。

| | | | |
|--------|--|-------------|-------|
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者 | | |
| 抗体検査機関 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所等 | 検査年月日 | 年 月 日 |
| 接種医療機関 | | 接種年月日 | 年 月 日 |
| 接種ワクチン | <input type="checkbox"/> 麻疹風しん混合(MR)ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン | ワクチンLot No. | |

振り込みを希望される
・金融機関名・支店名
・預金の種類・口座番号
・口座名義人をご記入下さい。

金 円 空白にしておいて下さい。

に要した額から、自己負担額(3,000円)を差し引いた額が請求金額と

※口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。

| | | |
|-------|-------------------------------|--|
| 金融機関名 | | |
| 支店・口座 | 支店) 普通・当座 No. | |
| 口座名義人 | □口座名義人が被接種者以外の場合 委任状が必要です。 | |

注意
被接種者以外の場合
委任状が必要です。

| | | |
|-------|-----|---|
| 受付日 | 受付者 | 確認欄 |
| 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 抗体検査の結果表等 <input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 () |

空白にしておいて下さい。