

**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**

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛

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、次のとおり申請及び請求します。

なお、私は「寝屋川市暴力団排除条例（平成 25 年寝屋川市条例第 20 号）に規定する暴力団員でない者又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない者」であることを誓約し、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

申請者 <small>※申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。</small>	氏名	フリガナ			
	住所	〒572-寝屋川市			
	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 ( 歳)			
	電話番号				
被接種者 <small>(予防接種を受けた者)</small>	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 昭和 / 平成 年 月 日 ( 歳)			
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.		
請求金額※	金 円				

※請求金額：領収書に記載の予防接種に要した額から、自己負担額 (3,000 円) を差し引いた額

**振込先** 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	銀行	支店名	支店
口座番号		預金種別	普通・当座
口座名義 (カタカナ)			

-----【以下は記載しないでください。】-----

予防接種の種類	成人麻疹風しん等		(受付印)	
確認欄	添付書類	本人確認書類	受付者	
	<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果表等 <input type="checkbox"/> 領収書 (ワクチン名記載のもの) <input type="checkbox"/> 通帳又はキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> 接種者又は申請者の本人確認書類	(いずれか一点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証		
			受付者	
			受付方法	