

記入例

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

注意

申請者が
**被接種者以外の場合は
委任状が必要です。**

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

平成 25 年寝屋川市条例第 28 号) に規定する最も親属でない者を
有しない者」であること
に対する確認を行うこと

申請者の氏名、住所、生年月日、
電話番号をご記入ください。

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		
	電話番号			
被接種者 (予防接種を受けた者)	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		
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			
請求金額※	金		円	

予防接種を受けた方の
氏名、住所、生年月日等をご記入ください。
※申請者と同じ場合は(申請者と同じ)に
チェックしてください。

空白にしておいてください。

※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)			

注意

口座名義人が
**被接種者以外の場合は
委任状が必要です。**

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 (フリガナ) を
正しくご記入ください。

確認欄	<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	<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	窓口・郵送
-----	--	--	-------------	-------

空白にしてください。

記入例

委任状

注意 申請書の申請者欄が予防接種を受けた方以外の場合、記入してください。

記入日を書いてください。

令和 年 月 日

◆申請に係る委任

私は、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に

申請に係る全ての権限を、下記の

窓口に来られる方又は郵送する方（申請者）の氏名・住所をご記入ください。

受任者（申請者）	
氏名：	寝屋川 太郎
住所：	〇〇県〇〇市〇〇番〇〇号
委任者（被接種者）	
氏名：	寝屋川 花子
住所：	〇〇県〇〇市〇〇番△△号

注意 申請書の口座名義人欄が予防接種を受けた方以外の場合、記入してください。

予防接種を受けた方が署名してください。

◆受領に係る委任 ※振込先が被接種者の場合は記入不要

私は、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に

係る補助金の受領を、下記の

口座名義人の氏名・住所をご記入ください。

受任者（口座名義人）	
氏名：	寝屋川 太郎
住所：	〇〇県〇〇市〇〇番〇〇号
委任者（被接種者）	
氏名：	寝屋川 花子
住所：	寝屋川市△△町△△番△△号

予防接種を受けた方が署名してください。