

佐那河内村風しん予防接種費用助成金交付申請兼請求書

(宛先) 佐那河内村長

佐那河内村風しん予防接種費用助成金について、下記のとおり申請・請求いたします。
交付が決定された際は、下記口座へ振り込んでください。なお、申請内容の確認にあたり、住民基本台帳を閲覧すること及び必要に応じて当該予防接種を受けた医療機関に問い合わせることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者	住 所	名東郡佐那河内村 字									
	ふりがな										
	氏 名	印									
	生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)									
	該当要件(当てはまる番号に○をつけてください。)	1 昭和39年4月2日生まれから平成2年4月1日生まれまでの男性									
		2 妊娠を希望する又は妊娠する可能性の高い女性									
		3 (2)に該当する女性の配偶者									
		4 妊娠している女性の配偶者									
接種ワクチン名(○をつけてください。)	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン										
接種にかかった金額						助成請求額					
	円					円					

上記被接種者の補助金を以下の口座に振り込んでください。
※口座名義人と申請者は同じ方にしてください。
(申請者と口座名義人が異なる場合は、別に受領委任状が必要です。)

振込先	金融機関の名称	銀行 本店 支店番号						
		信用金庫 支店						
		農業協同組合 支所						
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	(フリガナ)							
	口座名義人							

※裏面に申請に必要なもの及び領収書添付欄があります。

(様式第1号 裏面)

申請に必要な物

- 1 医療機関発行の領収書及び予防接種を受けたことがわかるもの(被接種者氏名、ワクチン名・接種年月日・接種費用が記載されていること)
- 2 申請者の印鑑
- 3 申請者または対象者名義の振込先口座を確認できるもの