

能美市風しん（任意）予防接種費用助成金申請書

年 月 日

能美市長 あて

（太枠内を記入してください。）

申請者 （接種者）	住所	能美市		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	電話番号 (日中連絡のつく電話番号)
	私は、能美市長が風しん（任意）予防接種費用助成金申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。 <input type="checkbox"/> （承諾の場合□にチェックしてください）			

能美市風しん（任意）予防接種費用助成事業実施要綱第4条に基づき、風しん予防接種費用の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

接種日	年 月 日	医療機関名	
-----	-------	-------	--

決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 支所	種類 1. 普通 2. 当座
	口座番号（左詰）			
	フリガナ			
	口座名義人			

※添付書類：(1)風しん予防接種に要した費用が確認できる領収書（平成31年1月1日以降に接種した予防接種名、接種日が明記されているもの。提出された領収書はお返しできません）

(2)風しん抗体検査結果（受検者名、平成30年4月1日以降の風しん抗体検査日、検査方法及び検査結果の記載があるもの）

(3)通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号の確認できる部分）

※接種日の翌月から数えて6箇月以内に申請して下さい。それを過ぎると助成を受けることができません。

※2024年3月31日までに接種した風しん予防接種を助成対象とします。

市処理欄	過去助成確認	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	--------	---------	-------	-------	---