

年 月 日

湖南省風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

湖南省長 宛

申請者（被接種者）住所

氏名

印

電話番号

私は、湖南省風しん予防接種費用助成事業実施要綱第2条に該当しますので、同要綱第4条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて、風しん予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、申請内容を確認するために、市の担当者が市の保有する個人情報を開覧し、及び調査すること、並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

申請額 _____ 円（費用の7割に相当する額。ただし上限額7,000円）

*生活保護受給世帯については要した費用

被 接 種 者	フリガナ		妊婦との続柄	
	氏名		(被接種者が妊婦と同居の場合のみ記入)	
	生年月日	年 月 日	日生 (歳)	
接種年月日		年 月 日		
医療機関名				
妊婦の名前 (被接種者が妊婦と同居の場合のみ記入)				

振込先金融機関

振込先金融 機関	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合		本店・支店・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に風しん予防接種助成金の受取を委任します。
年 月 日
申請者名前
印

市使用欄

住記		同世帯確認 *妊婦と同居 の場合		母子健康手帳（写） *妊婦と同居の場合	No.	受付	
				抗体検査書類			
				領収書（原本）			