

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 ⑩  
 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5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読覧し、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		妊婦又は妊娠を希望する女性との続柄	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生（ 歳）	
接種年月日	年 月 日			
医療機関名				
妊婦又は妊娠を希望する女性の名前	(本人が予防接種を受けた場合は不要)			

振込先金融機関

振込先金融 機関			本店・支店・出張所
	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合		
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、下記の委任状に記入・押印してください。

私は、上記口座名義に風しん予防接種助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者名前 印

市使用欄

住記	同世帯確認(妊婦又は妊娠を希望する女性と同居)	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)		

