

美郷町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書(兼請求書)

美郷町長 殿

年 月 日

下記のとおり、風しん任意予防接種等にかかる助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて申請(請求)します。

記

住 所	美郷町		電 話 番 号	
			() —	
フリガナ			生 年 月 日	
氏 名	印	昭和 年 月 日 () 歳 平成		
申請区分	☐ 妊娠している女性の夫(未婚のパートナーを含む) ☐ 50歳未満で妊娠を予定・希望する女性 ☐ 上記の夫(未婚のパートナーを含む)			

風しん抗体価検査

検 査 日	検査医療機関名	検査結果	公費負担額
年 月 日			円

風しん予防接種

種 類	接 種 日	接種医療機関名	公費負担額
☐ 風しん単抗原	年 月 日		円
☐ 麻しん風しん混合			

請求金額合計	円
--------	---

- ※ 申請時に必要なもの
1. 本人の確認ができるもの(運転免許証、マイナンバーカード、健康保険の資格確認書等)
 2. 医療機関の発行する領収書や明細書
 3. 接種証明書、その他風しん予防接種の接種確認ができる書類
 4. 接種対象者が「妊婦の夫」である場合、母子健康手帳の父の氏名が記載されているページの写し
- ※ 生活保護世帯に属する方は、生活保護受給者証明書を添付してください。

振込先	金融機関名	銀行・信金 農協・金庫		本店・支所 支店・出張所
	種 類	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		
(申請者と口座名義人が違う場合に記入)				
(あて先)美郷町会計管理者 受領委任者 印				
風しん予防接種助成金を上記口座へ振り込んでください。				