

令和6年度城陽市風しん予防接種助成金申請書兼口座振替申請書

年 月 日

城陽市長様

申請者住所 _____ TEL _____

氏名 _____ 印 _____

下記のとおり助成金の支給を申請し、下記の口座へ振り込まれるよう申し出します。また、助成額確定に必要な場合は、申請者及び世帯員の課税状況等の閲覧について、関係各課で調査されることに同意します。

記

支給申請額 ※金 _____ 円 ※上限は支払額の2/3の額（1円未満の端数切捨て）

申請理由	どちらかに✓をし、2に✓の場合は（ ）内を記入してください。 <input type="checkbox"/> 1.妊娠を希望する女性で風しん抗体価の低いもの <input type="checkbox"/> 2.妊娠している女性の同居者で、本人および妊婦のどちらも風しん抗体価の低いもの (妊婦氏名 _____ 生年月日 _____)		
被接種者氏名	生年月日 年齢	年 月 日	満 () 歳
住所			
予防接種名	どちらかに✓をしてください <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	接種年月日	年 月 日
予防接種で支払った金額		次に該当する場合は どれかに○をしてください	市民税非課税世帯 生活保護世帯 中国残留邦人等支援給付世帯
接種医療機関名 所在地			

金融機関名		預金種目 口座番号	フリガナ 口座名義※
銀行 金庫 農協	本店 支店	1 普通・2 当座 NO. _____	

- ・申請者は、被接種者であること。
- ・被接種者本人の抗体価が低いことがわかる書類と被接種者氏名・予防接種名と接種金額・接種日・医療機関名が明記されている領収書（原本）を添付してください。
- ・妊娠している女性の同居者は、妊婦の抗体価が低いことがわかる書類と母子健康手帳の表紙のコピーを添付してください。
- ・母子健康手帳に記入された氏名と妊婦氏名が異なる場合は申請理由の欄の妊婦氏名の（ ）内に旧姓を併記してください。

助成対象期間:令和6年4月1日～令和7年3月31日までに接種したもの
申請期限:令和7年3月31日(月)まで(郵送の場合は消印有効)