

中津市風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中 津 市 長 あて

申請者名.....

電話番号.....

風しんの抗体検査及び予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。
助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

抗体検査費用.....円（助成額 上限 3,000 円）
予防接種費用.....円（助成額 上限 5,000 円）
請 求 金 額.....円（検査後に予防接種をした場合は合計金額）

※ 生活保護受給者は全額補助

フリガナ			
検査・接種者名	(男 ・ 女)		
住 所	中津市		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月 日
医 療 機 関 名	検査 () 接種 () ※検査と同一医療機関の場合は記入不要		
検 査 年 月 日	令 和	年	月 日
接 種 年 月 日	令 和	年	月 日
接種ワクチン	1. 風しん単独ワクチン 2. MR（麻しん風しん混合）ワクチン		
対 象 区 分 ※該当するものに○をつけてください	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊娠を希望する女性の同居者 3. 妊婦の同居者 ※下記の条件をすべて満たしていること 1. 風しんにかかったことがない 2. 風しん予防ワクチン接種歴が2回未満 3. 風しんの抗体価が十分でない		

	金融機関コード	店番コード	
金融機関名	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫	支店・出張所	
預 金 種 目	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座番号	
フリガナ			受付時確認欄 □通帳又はカードの提示 □通帳等で確認
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種助成金の受け取りを委任します。	
令和 年 月 日	申請者氏名