

鳥羽市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥羽市長 様

申請者 住 所 : 鳥羽市

氏 名 : ㊟

電話番号 :

鳥羽市風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成金交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する予防接種内容等の照会について同意します。

[予防接種を受けた方]

(フリガナ) 氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	鳥羽市		
該当するものに○印	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊婦や妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 妊婦や妊娠を希望する女性の氏名 _____		
接種年月日	年 月 日		
医療機関名			

[助成金の算定]

接種費用支払額	× 0.5 =	2分の1の額	(A)の金額と 5,000 円 のいずれか少ない額	請求金額
円		(A) 円		円

振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信漁連		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					

* 添付書類

- (1) 予防接種実施機関領収書原本・接種済証等（予防接種を受けたことを証する書類）
- (2) 抗体検査の結果がわかる書類
- (3) 通帳（口座番号の確認できるもの）の写し

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

様

鳥羽市長

印

鳥羽市風しんワクチン接種費用助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました鳥羽市風しんワクチン予防接種費用の助成について、下記の理由により不承認とすることに決定しましたので通知します。

記

不承認となった理由